Agenzia Entrate

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

Scadenza del 16-10-2019

Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A: UNIONE DI BANCHE ITALIANE S.P.A.

AGENZIA FIL.DI GORLAGO PROV. BG

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 01965440165

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: PASTICCERIA GIOSUE' LABORATORIO CREATIVO DI BERBENNI

nome:

data di nascita (giorno mese anno): sesso (M o F): comune (o Stato estero) di nascita: prov.:

DOMICILIO FISCALE

comune: MONTELLO prov.: BG via e numero civico: Via MAZZINI 3

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare: codice identificativo:

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE – IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					

codice ufficio: codice atto:

TOTALE A: B: +/- SALDO (A-B):

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
1200	EBNA	1206323575	09 2019		87,35	

TOTALE C: 87,35 D: +/- SALDO (C-D): + 87,35

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE E: F: +/- SALDO (E-F):

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

detrazione:

TOTALE G: H: +/- SALDO (G-H):

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE I: L: +/- SALDO (I-L):

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE M: N: +/- SALDO (M-N):

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 87,35

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA (giorno mese anno):

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE — AZIENDA: 03111 CAB/SPORTELLO: 53090

Pagamento effettuato con assegno: ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN: IT 42C0311153090000000083456

firma _____

MOD. F24 – 2013 EURO

1ª COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE