

DELEGA IRREVOCABILE A: *****

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA ***** PROV. **
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 8 2 1 1 8 0 5 7 7
cognome, denominazione o ragione sociale

DATI ANAGRAFICI **AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI**
data di nascita giorno me se an no se ss (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

DOMICILIO FISCALE
comune prov. via e numero civico

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						
<small>codice ufficio</small>	<small>codice atto</small>					<small>+/-</small> SALDO (A-B)
TOTALE A				B		

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda	da	periodo di riferimento: mm/aaaa	a	mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE C							D		<small>+/-</small> SALDO (C-D)

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE E				F		<small>+/-</small> 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	
E812			X	X	3	3918		2025	382,00		
<small>detrazione</small>									TOTALE G	382,00H	<small>+</small> 382,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I					L		<small>+/-</small> SALDO (I-L)

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da	periodo di riferimento: mm/aaaa	a	mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE M								N		<small>+/-</small> SALDO (M-N)

FIRMA

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE

SALDO FINALE

EURO + 382,00

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
<small>giorno</small> <small>me</small> <small>se</small> <small>an</small> <small>no</small>	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
	01005	14600	tratto / emesso su _____	
			<small>cod. ABI</small>	<small>CAB</small>

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN **IT 15K010051460000000218110** firma _____

CONFORME AL DECRETO DIRETTORE AGENZIA DELLE ENTRATE 19/06/2013