



DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE**

9 2 0 0 5 8 7 0 9 0 9

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

**DATI ANAGRAFICI**

**AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE**

data di nascita

sex (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE**

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare**

codice identificativo

**SEZIONE ERARIO**

**IMPOSTE DIRETTE - IVA**

**RITENUTE ALLA FONTE**

**ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/prov./mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

**B**

+/- **SALDO (A-B)**

**SEZIONE INPS**

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento: a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

**TOTALE C**

**D**

+/- **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**

+/- **SALDO (E-F)**

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune

Raw.

Immob. variati

Acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

**TOTALE G**

**H**

+/- **SALDO (G-H)**

**SEZIONE ACCISE/MONOPOLI E ALTRI VERSAMENTI NON AMMESSI IN COMPENSAZIONE**

ente prov. codice tributo codice identificativo rateazione mese anno di riferimento importi a debito versati

D | O | G | 2813 | OGE00060U | | | 2018 | 23,24

D | O | G | 2813 | OGE00065G | | | 2018 | 23,24

**SALDO (O)**

codice ufficio

codice atto

**TOTALE O**

**46,48**

+ **46,48**

**SALDO FINALE**

**EURO + 46,48**

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE**

9 2 0 0 5 8 7 0 9 0 9

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

**DATI ANAGRAFICI**

**AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE**

data di nascita

sex (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

me

anno

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE**

**CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare**

codice identificativo

**SEZIONE ERARIO**

**IMPOSTE DIRETTE - IVA**

**RITENUTE ALLA FONTE**

**ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/prov./ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

**B**

+/- **SALDO (A-B)**

**SEZIONE INPS**

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento: a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

**TOTALE C**

**D**

+/- **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**

+/- **SALDO (E-F)**

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune

Raw.

Immob. variati

Acc.

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

**TOTALE G**

**H**

+/- **SALDO (G-H)**

**SEZIONE ACCISE/MONOPOLI E ALTRI VERSAMENTI NON AMMESSI IN COMPENSAZIONE**

ente prov. codice tributo codice identificativo rateazione mese anno di riferimento importi a debito versati

D | O | G | 2813 | OGE00060U | | | 2018 | 23,24

D | O | G | 2813 | OGE00065G | | | 2018 | 23,24

**SALDO (O)**

codice ufficio

codice atto

**TOTALE O**

**46,48**

+ **46,48**

**SALDO FINALE**

**EURO + 46,48**

**ESTREMI DEL VERSAMENTO**

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro \_\_\_\_\_

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su \_\_\_\_\_

cod. ABI

CAB