

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV

CODICE FISCALE 8 2 0 0 1 5 1 0 4 9 2
cognome, denominazione o ragione sociale

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

DATI ANAGRAFICI COMUNE DI CAMPO NELL'ELBA
nome

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

prov

DOMICILIO FISCALE CAMPO NELL'ELBA
comune

prov via e numero civico

L I PIAZZA DANTE ALIGHIERI 1

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

codice identificativo

**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
1560		2025	200,00	
TOTALE A			200,00 B	
				SALDO (A-B)
				200,00

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
TOTALE C				D	
				SALDO (C-D)	

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
TOTALE E				F	
				SALDO (E-F)	

codice ente/codice comune	Prov.	tratt. 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)	

deduzione	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)	

Antonella Rossi **IL SEGRETARIO GENERALE**
D.ssa Antonella ROSSI

EURO 200,00

MOD. F24 - 2013 EURO

DATA _____
giorno mese anno

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE
AZIENDA CAB/SPORTELLO

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN _____

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale
n.ro _____ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su _____
cod. ABI CAB

firma _____

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

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV

CODICE FISCALE 8 2 0 0 1 5 1 0 4 9 2

cognome, denominazione o ragione sociale

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

DATI ANAGRAFICI COMUNE DI CAMPO NELL'ELBA

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

nome

prov

DOMICILIO FISCALE CAMPO NELL'ELBA

prov. via e numero civico

L I PIAZZA DANTE ALIGHIERI 1

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

codice identificativo

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	
1560		2025	200,00		
TOTALE A			200,00 B		SALDO (A-B)
					200,00

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	
TOTALE C			D		SALDO (C-D)	

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE E			F		SALDO (E-F)	

codice ente/codice comune	rimborzi versati	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)					

deleazione	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)		

EURO 200,00

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 _____

MOD. F24 - 2013 - EURO

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV.

CODICE FISCALE 8 2 0 0 1 5 1 0 4 9 2

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

DATI ANAGRAFICI COMUNE DI CAMPO NELL'ELBA

data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

prov.

DOMICILIO FISCALE CAMPO NELL'ELBA

prov via e numero civico

L I PIAZZA DANTE ALIGHIERI 1

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

codice identificativo

**IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice ufficio	codice aiuto	codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
		1560		2025	200,00		
TOTALE A					200,00 B		SALDO (A-B)
							+ 200,00

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

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE E					F	SALDO (E-F)

codice ente/codice comune	Ravv	Inrech	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)

deduzione	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	anno di riferimento a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE M						N	SALDO (M-N)	
							EURO	200,00

DATA

gennaio _____ febbraio _____ marzo _____ aprile _____ maggio _____ giugno _____ luglio _____ agosto _____ settembre _____ ottobre _____ novembre _____ dicembre _____

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 _____

MOD. F24 - 2013 EIRO

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO