Agenzia Entrate

Stato della delega - Prenotato

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: 05385 - Banca Popolare di Puglia e Basilicata

AGENZIA 14800 PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 9 2 0 1 2 6 0 0 6 0 4

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

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: CIRCOLO ARCI OLTRE L'OCCIDENTE

nome:

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

DOMICILIO FISCALE

comune: FROSINONE prov.: FR via e numero civico: Largo Paleario 7

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

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

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: 0,00

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

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
INAIL	24100	14852325	24	902020	P	15,96	0,00

TOTALE I: 15,96 L: + 15,96

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 + 15,96

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

DATA (giorno / mese / anno)	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE – AZIENDA	CAB/SPORTELLO
20 08 2020	05385	14800

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

n.ro

tratto / emesso su cod. ABI CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN IT36P0538514800000000010612

firma

MOD. F24 ICI – 2007 ELIDO