

**A CREDITO** 0,00  
 2018/09 01 0001/8001 SALDO 4121,18

**TRINKE IMPORTI VERSATI:**  
 CATEGORIA POTENZIALMENTE  
**gentile**  
**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

DELEGA IRREVOCABILE A: **Banca Poste ITALIANE SPA** Mod. F24  
 Scad. 27 09 2018  
 AGENZIA **FROSINONE 3** PROV. FR  
 PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**  
 CODICE FISCALE 9 | 2 | 0 | 1 | 2 | 6 | 0 | 0 | 6 | 0 | 4 | | | | | |  
 cognome, denominazione o ragione sociale  
**CIRCOLO ARCI OLTRE L' OCCIDENTE**  
 data di nascita giorno | mese | anno | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
 comune  
**FROSINONE**  
 DOMICILIO FISCALE  
 CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare  
**SEZIONE ERARIO**

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

codice ufficio	codice atto	codice tributo	denominazione/regione prov./mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (A-B)
<b>TOTALE A</b>					<b>B</b>		

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	denominazione	codice tributo	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (C-D)
<b>TOTALE C</b>					<b>D</b>		

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/ codice comune	Immov. serv. vers. Acc. sede	numero annessi	numero tributi	codice tributo	denominazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (E-F)
<b>TOTALE E</b>							<b>F</b>		

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice ente	codice sede	codice contributo	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (G-H)
<b>TOTALE G</b>							<b>H</b>		

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice ente	codice sede	codice contributo	codice posizione	periodo di riferimento da mm/aaaa a mm/aaaa	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (I-L)
<b>TOTALE I</b>					<b>L</b>	121,18		121,18

**FIRMA**  
**CIRCOLO ARCI OLTRE L'OCCIDENTE**  
**SALDO FINALE** EURO + **121,18**

**ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)**  
 DATA 12/11/18  
 CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE  
 AZIENDA CAB/PORTELLO  
 1119201860604  
 07601 | 14802  
 pagamento effettuato con assegno  
 rito  
 tratt. / emesso su  
 banca / postale  
 circolare / vaglia postale  
 cod. ABI  
 CAB