

DELEGA IRREVOCABILE A:

**MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO**

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

**CONTRIBUENTE**

**CODICE FISCALE**

0 5 7 5 8 5 6 0 0 1 4

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

**DATI ANAGRAFICI**

**KOINE' DI MARIA PATRIZIA GARIGLIO E C. SNC**

data di nascita

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

giorno

mese

anno

comune

prov.

via e numero civico

**DOMICILIO FISCALE** **BEINASCO**

**T O**

**VIA FORNASIO 5**

**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

1701

04

2026

52,60

1704

04

2026

37,92

1001

04

2026

689,64

1075

04

2026

22,42

codice ufficio

codice atto

**TOTALE A**

712,06 B

90,52 +

**SALDO (A-B)**

621,54

**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

8105

DM10

8136771296

04

2026

2.253,00

8105

EST1

8136771296

04

2026

45,00

8105

EBCM

8136771296

04

2026

10,66

**TOTALE C**

2.308,66 D

+ 2.308,66

**SALDO (C-D)**

**SEZIONE REGIONI**

codice regione

codice tributo

rateazione/ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

1 3

3802

04

2025

137,62

**TOTALE E**

137,62 F

+ 137,62

**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

B 2 1 6

3848

04

2025

9,63

H 3 5 5

3847

04

2026

6,50

E 2 1 6

3847

04

2026

6,23

B 2 1 6

3847

04

2026

4,77

**TOTALE G**

27,13 H

+ 27,13

**SALDO (G-H)**

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice sede

codice ditta

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

**INAIL**

**TOTALE I**

L

+ 0,00

**SALDO (I-L)**

codice ente

codice sede

causale contributo

codice posizione

da mm/aaaa

periodo di riferimento: a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

**TOTALE M**

N

+ 0,00

**SALDO (M-N)**

**SALDO FINALE**

**EURO**

+ 3.094,95

**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