



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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)
TOTALE 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)
TOTALE E				F		+

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
A 7 8 5		3847	0006	2023	3,42		
A 7 8 5		3848	0006	2022	7,41		
A 8 0 5		3847	0006	2023	4,94		
A 8 0 5		3848	0006	2022	14,66		
TOTALE G					30,43 H		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					30,43 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	
TOTALE I					L		+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + **30,43**

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	tratto / emesso su _____	
			cod. ABI _____	CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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)
TOTALE 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)
TOTALE E				F		+

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

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	
A 9 4 4						3847	0006	2023	55,11		
A 9 4 4						3848	0006	2022	274,59		
A 9 4 4						3848	0006	2023	204,58		
B 0 4 4						3847	0006	2023	4,67		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G									H		+
TOTALE G									H		538,95

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I					L		+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE EURO + **538,95**

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	
n.ro _____		tratto / emesso su _____	cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME B 0 VIA GOLINI 251

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					+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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

codice ente/codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
B 0 4 4		3848	0006	2022	10,20		
B 1 8 8		3847	0006	2023	5,51		
B 1 8 8		3848	0006	2022	11,88		
B 2 4 9		3847	0006	2023	12,19		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					39,78 H		+ 39,78

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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)

SALDO FINALE

EURO + 39,78

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	tratto / emesso su	
			cod. ABI	CAB



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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)
TOTALE 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)
TOTALE E				F		+

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
B 2 4 9		3848	0006	2022	14,30		
B 8 9 2		3847	0006	2023	16,12		
B 8 9 2		3848	0006	2022	37,10		
C 1 2 1		3847	0006	2023	67,00		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					134,52 H		+
TOTALE G					134,52 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	
TOTALE I					L		+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 134,52

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	
n.ro _____		tratto / emesso su _____	cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
C 1 2 1		3848	0006	2022	147,44		
C 1 8 5		3847	0006	2023	0,81		
C 1 8 5		3848	0006	2022	2,44		
C 2 6 5		3847	0006	2023	360,69		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					511,38		511,38

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 511,38

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	
	tratto / emesso su _____		cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
C 2 6 5		3848	0006	2022	924,39		
C 2 6 5		3848	0006	2023	68,08		
C 9 6 3		3847	0006	2023	15,31		
C 9 6 3		3848	0006	2022	36,85		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					1.044,63 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	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 1.044,63

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	
	tratto / emesso su _____		cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
D 3 6 0		3847	0006	2023	67,19		
D 3 6 0		3848	0006	2022	152,83		
D 4 5 8		3847	0006	2023	16,42		
D 4 5 8		3848	0006	2022	38,97		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					275,41		275,41

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 275,41

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	tratto / emesso su _____	
			cod. ABI _____	CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI 251

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
D 6 1 3		3847	0006	2023	2,17		
D 6 1 3		3848	0006	2022	4,43		
D 8 7 8		3847	0006	2023	3,38		
D 8 7 8		3848	0006	2022	10,13		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					20,11		20,11

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 20,11

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	
	tratto / emesso su _____		cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
						+/- SALDO (A-B)
codice ufficio _____ codice atto _____						
TOTALE 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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Identificativo operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
E 1 3 6		3847	0006	2023	4,66		
E 2 8 9		3847	0006	2023	427,24		
E 2 8 9		3848	0006	2022	947,00		
E 2 8 9		3848	0006	2023	0,28		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					1.379,18 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	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 1.379,18

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
					<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro _____	
1	7	2023	02008	36750	tratto / emesso su _____	
					cod. ABI	CAB



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
E 5 3 6		3847	0006	2023	5,18		
E 5 3 6		3848	0006	2022	14,03		
E 7 3 0		3847	0006	2023	37,41		
E 7 3 0		3848	0006	2022	79,63		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					136,25		136,25

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 136,25

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
1	7	2023	02008	36750	tratto / emesso su _____	
					cod. ABI	CAB



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
E 8 4 4		3847	0006	2023	7,54		
E 8 4 4		3848	0006	2022	16,64		
F 0 2 9		3847	0006	2023	38,03		
F 0 2 9		3848	0006	2022	84,71		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					146,92		146,92

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE EURO + 146,92

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno _____ mese _____ anno _____	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	
	tratto / emesso su _____		cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
F 0 8 3		3847	0006	2023	148,23		
F 0 8 3		3848	0006	2022	359,32		
F 5 9 7		3847	0006	2023	20,64		
F 5 9 7		3848	0006	2022	52,35		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					580,54 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	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 580,54

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	
	tratto / emesso su _____		cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
						+/- SALDO (A-B)
codice ufficio _____ codice atto _____						
TOTALE 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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
F 7 1 8		3847	0006	2023	13,79		
F 7 1 8		3848	0006	2022	30,35		
F 8 3 9		3848	0006	2022	12,01		
G 2 0 5		3847	0006	2023	68,89		+/- SALDO (G-H)
detrazione _____							
TOTALE G					H		+
					125,04		

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + **125,04**

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno _____ mese _____ anno _____	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	
	tratto / emesso su _____		cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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)
TOTALE 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)
TOTALE E				F		+

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
G 2 0 5		3848	0006	2022	166,38		
G 7 6 8		3847	0006	2023	5,03		
G 7 6 8		3848	0006	2022	10,14		
H 3 0 2		3847	0006	2023	5,45		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
TOTALE G					H		187,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I					L		+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE EURO + **187,00**

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	
	tratto / emesso su _____		cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Identificativo operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
H 3 0 2		3848	0006	2022	11,64		
H 9 4 5		3847	0006	2023	14,62		
H 9 4 5		3848	0006	2022	56,61		
I 1 1 0		3847	0006	2023	6,78		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					89,65 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	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE EURO + **89,65**

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	
	tratto / emesso su _____		cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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	
						+/- SALDO (C-D)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
I 1 1 0		3848	0006	2022	14,55		
I 1 4 7		3848	0006	2022	9,71		
I 4 3 8		3848	0006	2022	11,88		
L 2 7 3		3847	0006	2023	2,48		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					38,62 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	
							+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 38,62

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 7 0 7 2 0 2 3	02008	36750	
	tratto / emesso su _____		cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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 CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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 _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE 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)
TOTALE 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)
TOTALE E				F		+

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
L 2 7 3		3848	0006	2022	7,43		
M 1 8 5		3847	0006	2023	8,95		
M 1 8 5		3848	0006	2022	19,28		
TOTALE G					35,66 H		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					35,66 H		+ 35,66

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I					L		+/- SALDO (I-L)
TOTALE 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)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 35,66

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
					<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro _____	
1 7	0 7	2 0 2 3	02008	36750	tratto / emesso su _____	
					cod. ABI	CAB



**SERVIZIO TELEMATICO ENTRATEL DI PRESENTAZIONE DELLE DICHIARAZIONI
COMUNICAZIONE DI AVVENUTO RICEVIMENTO (art. 3, comma 10, D.P.R. 322/1998)**

Estremi del pagamento acquisito in data 14/07/2023 alle ore 16:44 con numero di protocollo 23071416441210492 riferito al file: Clienti17072023.ccf

Protocollo del pagamento : 23071416441210492 prog. 000011
Codice fiscale : 00516840378 - TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.
Data versamento : 17-07-2023
Importo versamento : E. 383.625,04 (addebito alla data del versamento)
Coordinate bancarie: IBAN IT09I0200836750000101452468
Esito elaborazione : RICEVUTO

I pagamenti eseguiti con utilizzo di crediti in compensazione saranno oggetto di controlli previsti dalle vigenti disposizioni. L'eventuale esito negativo di tali controlli sarà comunicato con ulteriore ricevuta e potrà determinare lo scarto della delega F24, oppure la sospensione ai sensi dell'art. 37, comma 49-ter, del D.L. n. 223/2006.

Li, 14/07/2023



**SERVIZIO TELEMATICO ENTRATEL DI PRESENTAZIONE DELLE DICHIARAZIONI
COMUNICAZIONE DI AVVENUTO RICEVIMENTO (art. 3, comma 10, D.P.R. 322/1998)**

Protocollo del pagamento : 23071416441210492 prog. 000011
Codice fiscale : 00516840378 - TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.
Data addebito : 17-07-2023
Importo versamento : 383.625,04
Banca di addebito : 02008
Esito versamento : ADDEBITATO

Li, 20/07/2023