

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.

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	
	1627		2023		550,32	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>	1001	0011	2023	89.462,97		
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>	1631		2022		5.487,00	
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>	1701	0011	2023		2.743,18	
	1012	0011	2023	2.115,75		
codice ufficio	1630	0011	2022	12,34		+/-
codice atto						
<b>TOTALE A</b>				<b>91.591,06 B</b>	<b>8.780,50 +</b>	<b>82.810,56</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	
1301	ASIM	1309843723	11 2023	356,00		
1301	DM10	1301132643	11 2023	125.113,00		
1301	DM10	1309983939	11 2023	753,00		
1301	DM10	1309843723	11 2023	17.049,00		+/-
<b>TOTALE C</b>				<b>143.271,00 D</b>		<b>143.271,00</b>

## SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
0 6	3796		2022		362,00	
0 5	3802	0011	2022	34,65		
0 6	3790	0011	2022	0,92		
0 6	3802	0011	2022	8.421,19		+/-
<b>TOTALE E</b>				<b>8.456,76 F</b>	<b>362,00 +</b>	<b>8.094,76</b>

## SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
D 3 6 0					3797		2022		130,00	
F 0 8 3					3797		2022		11,25	
A 3 9 2					3847	0011	2023	6,13		
A 3 9 2					3848	0011	2022	13,34		+/-
detrazione										
<b>TOTALE G</b>								<b>19,47 H</b>	<b>141,25 -</b>	<b>121,78</b>

## SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/-
<b>TOTALE I</b>							<b>L</b>
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	
							+/-
<b>TOTALE M</b>							<b>N</b>

## SALDO FINALE

EURO + 234.054,54

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLIO	<input type="checkbox"/>	bancario/postale
1 8	1 2	2 0 2 3	02008	36750	<input type="checkbox"/>	circolare/vaglia postale
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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

**DATI ANAGRAFICI**

TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.

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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>	1630	0011	2023	0,96		
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>	1712	0012	2023	7.630,11		
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>	1845	0011	2023	2.596,00		
	4730	0011	2023	3.416,83		
	4731	0011	2022	2.839,32		
codice ufficio	codice atto					+/-
						<b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				16.483,22	<b>B</b>	+ 16.483,22

**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	
1301	DMRA	1309843723	04 2023	130,39		
						+/-
<b>TOTALE C</b>				130,39	<b>D</b>	+ 130,39

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
0 6	3802	0011	2023	2.929,92		
0 6	3803	0011	2022	273,10		
1 4	3802	0011	2022	16,47		
1 6	3802	0011	2022	49,12		
						+/-
<b>TOTALE E</b>				3.268,61	<b>F</b>	+ 3.268,61

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/ codice comune	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
A 5 4 7					3847	0011	2023	5,13		
A 5 4 7					3848	0011	2022	10,96		
A 5 5 1					3847	0011	2023	5,51		
A 5 5 1					3848	0011	2022	12,51		
										+/-
<b>TOTALE G</b>								34,11	<b>H</b>	+ 34,11

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/-
<b>TOTALE I</b>						<b>L</b>	+ , ,

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	
								+/-
<b>TOTALE M</b>							<b>N</b>	+ , ,

**SALDO FINALE**

EURO + 19.916,33

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO
1 8	1 2	2 0 2 3	02008	36750

Pagamento effettuato con assegno

 bancario/postale

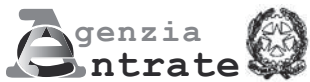
n.ro

 circolare/vaglia postale

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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		+/- <b>SALDO (C-D)</b>

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
1 7	3802	0011	2022	18,50		
<b>TOTALE E</b>				<b>F</b>		+/- <b>SALDO (E-F)</b>

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune	RAV. IMMOB. VARIATI ACC. SALDO	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
A 6 6 5			3847	0011	2023	6,24		
A 6 6 5			3848	0011	2022	15,95		
A 7 8 5			3847	0011	2023	3,42		
A 7 8 5			3848	0011	2022	7,40		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>						<b>H</b>		<b>+</b> 33,01

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

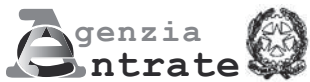
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		+/- <b>SALDO (M-N)</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 51,51

**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	
1 8	1 2	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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
						+/- <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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	0011	2023	55,13		
A 9 4 4						3848	0011	2022	121,52		
B 0 4 4						3847	0011	2023	4,67		
B 0 4 4						3848	0011	2022	10,20		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>									<b>H</b>		<b>+</b>
									191,52		191,52

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

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	
							+/- <b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

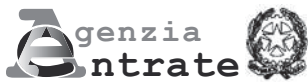
**SALDO FINALE**

**EURO** + 191,52

**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	n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
1 8	1 2	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

**DOMICILIO FISCALE** CASTEL SAN PIETRO TERME prov. 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+/- SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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 1 8 8		3847	0011	2023	5,51		
B 1 8 8		3848	0011	2022	11,88		
B 2 4 9		3847	0011	2023	6,67		
B 2 4 9		3848	0011	2022	14,30		
<b>TOTALE G</b>				<b>H</b>	<b>38,36</b>		<b>+/- SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>				<b>H</b>	<b>38,36</b>		<b>+</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

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	
<b>TOTALE M</b>				<b>N</b>		<b>+/- SALDO (M-N)</b>	
<b>TOTALE M</b>				<b>N</b>		<b>+</b>	

**SALDO FINALE** EURO + 38,36

**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/SPORTELLLO	
1 8	1 2	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: giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

comune: CASTEL SAN PIETRO TERME prov. B 0 via e numero civico: 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio	codice atto					+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		+/- <b>SALDO (C-D)</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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 8 9 2		3847	0011	2023	16,12		
B 8 9 2		3848	0011	2022	37,10		
C 1 2 1		3847	0011	2023	66,99		
C 1 2 1		3848	0011	2022	147,36		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>267,57 H</b>		<b>+</b> 267,57

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

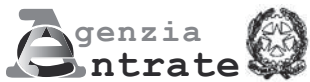
	codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE M</b>						<b>N</b>		+/- <b>SALDO (M-N)</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 267,57

**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 8	1 2	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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
						+/- <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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	
	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo						
C 2 6 5					3795	0011	2023	0,06		
C 2 6 5					3845	0011	2023	11,85		
C 2 6 5					3846	0011	2022	19,41		
C 2 6 5					3847	0011	2023	346,74		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
detrazione _____					<b>TOTALE G</b>			<b>378,06 H</b>		<b>+</b> 378,06

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

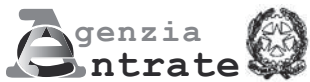
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- <b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 378,06

**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 n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
1 8	1 2	2 0 2 3	02008	36750	



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

**DOMICILIO FISCALE** CASTEL SAN PIETRO TERME prov. 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		+/- <b>SALDO (C-D)</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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	0011	2022	834,23		
C 2 6 5		3848	0011	2023	382,76		
C 9 6 3		3847	0011	2023	15,31		
C 9 6 3		3848	0011	2022	36,85		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>1.269,15 H</b>		<b>+</b> 1.269,15

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

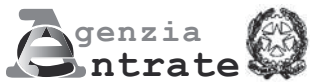
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		+/- <b>SALDO (M-N)</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 1.269,15

**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	
1 8	1 2	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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
						+/- <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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	0011	2023	61,68		
D 3 6 0		3848	0011	2022	152,76		
D 3 6 0		3848	0011	2023	114,92		
D 4 5 8		3847	0011	2023	16,44		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					<b>345,80</b>		<b>345,80</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

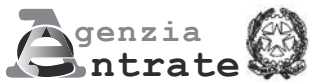
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- <b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + **345,80**

**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	
1 8	1 2	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: giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

comune: CASTEL SAN PIETRO TERME prov. B 0 via e numero civico: 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio	codice atto					+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		+/- <b>SALDO (C-D)</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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 4 5 8		3848	0011	2022	38,94		
D 6 1 3		3847	0011	2023	2,17		
D 6 1 3		3848	0011	2022	4,43		
D 8 7 8		3795	0011	2022	0,05		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b> 45,59

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

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	
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		+/- <b>SALDO (M-N)</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 45,59

**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 8 1 2 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+/- SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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 8 7 8		3795	0011	2023	0,08		
D 8 7 8		3845	0011	2023	24,00		
D 8 7 8		3846	0011	2022	14,00		
D 8 7 8		3848	0011	2022	10,12		
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+/- SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

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	
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+/- SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

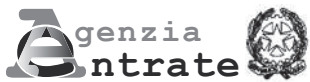
**SALDO FINALE**

**EURO** + 48,20

**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	
1 8	1 2	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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE E</b>				<b>F</b>		<b>+</b>

**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 8 7 8		3848	0011	2023	98,68		
E 1 3 6		3847	0011	2023	4,66		
E 2 8 9		3795	0011	2022	0,11		
E 2 8 9		3846	0011	2022	11,25		
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					114,70		114,70

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE I</b>					<b>L</b>		<b>+</b>

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	
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 114,70

**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	
1 8	1 2	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

**DOMICILIO FISCALE** CASTEL SAN PIETRO TERME prov. 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		+/- <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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 2 8 9		3847	0011	2023	411,28		
E 2 8 9		3848	0011	2022	930,05		
E 2 8 9		3848	0011	2023	296,51		
E 5 3 6		3847	0011	2023	5,17		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>1.643,01 H</b>		<b>+</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>1.643,01 H</b>		<b>+</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

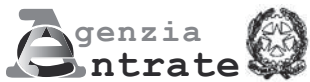
  

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		+/- <b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

**SALDO FINALE** EURO + 1.643,01

**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 8	1 2	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

**DOMICILIO FISCALE** CASTEL SAN PIETRO TERME prov. 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		+/- <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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		3848	0011	2022	14,03		
E 7 3 0		3847	0011	2023	37,42		
E 7 3 0		3848	0011	2022	79,59		
E 8 4 4		3847	0011	2023	7,53		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>138,57 H</b>		<b>+</b> 138,57

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

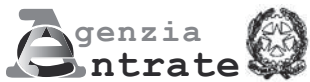
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		+/- <b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 138,57

**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	
1 8	1 2	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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
						+/- <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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		3848	0011	2022	16,64		
F 0 2 9		3847	0011	2023	27,50		
F 0 2 9		3848	0011	2022	59,17		
F 0 8 3		3795	0011	2022	0,16		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					103,47		103,47

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

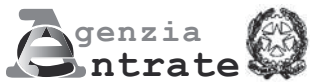
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- <b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 103,47

**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 8	1 2	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: giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio	codice atto					+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		+/- <b>SALDO (C-D)</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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		3795	0011	2023	0,13		
F 0 8 3		3845	0011	2023	15,50		
F 0 8 3		3846	0011	2022	16,25		
F 0 8 3		3847	0011	2023	123,59		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b> 155,47

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

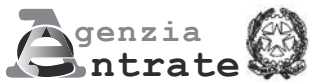
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		+/- <b>SALDO (M-N)</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 155,47

**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 8	1 2	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

**DOMICILIO FISCALE** CASTEL SAN PIETRO TERME prov. 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
						+/- <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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		3848	0011	2022	320,27		
F 0 8 3		3848	0011	2023	278,47		
F 5 9 7		3847	0011	2023	20,65		
F 5 9 7		3848	0011	2022	52,34		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					671,73		671,73

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

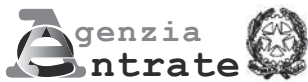
  

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- <b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

**SALDO FINALE** EURO + 671,73

**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 n.ro _____ tratto / emesso su _____ <small>cod. ABI CAB</small>
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
1 8	1 2	2 0 2 3	02008	36750	



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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
						+/- <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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		3846	0011	2022	33,00		
F 7 1 8		3847	0011	2023	13,79		
F 7 1 8		3848	0011	2022	30,34		
G 2 0 5		3847	0011	2023	64,64		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					141,77		141,77

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

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	
							+/- <b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

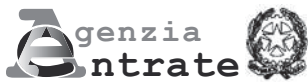
**SALDO FINALE**

**EURO** + 141,77

**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	
1 8	1 2	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

**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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+/- SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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	0011	2022	153,69		
G 7 6 8		3847	0011	2023	5,04		
G 7 6 8		3848	0011	2022	10,14		
H 3 0 2		3847	0011	2023	5,45		
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+/- SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

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	
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+/- SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 174,32

**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	
1 8	1 2	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

**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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
						+/- <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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	0011	2022	11,64		
H 9 4 5		3847	0011	2023	14,63		
H 9 4 5		3848	0011	2022	56,60		
H 9 4 5		3848	0011	2023	115,47		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
detrazione _____		<b>TOTALE G</b>			<b>198,34 H</b>		<b>+</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

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

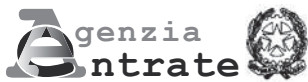
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- <b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 198,34

**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	
1 8	1 2	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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
						+/- <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		<b>+</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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		3847	0011	2023	6,78		
I 1 1 0		3848	0011	2022	14,55		
I 1 4 7		3848	0011	2022	9,71		
I 4 3 8		3848	0011	2022	11,88		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					<b>42,92</b>		<b>42,92</b>

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

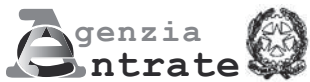
codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- <b>SALDO (I-L)</b>
<b>TOTALE I</b>					<b>L</b>		<b>+</b>

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	
							+/- <b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

**SALDO FINALE** EURO + **42,92**

**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/SPORTELLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 8 1 2 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	
<b>IMPOSTE DIRETTE - IVA</b>						
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>		<b>+</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	
<b>TOTALE C</b>				<b>D</b>		+/- <b>SALDO (C-D)</b>

**SEZIONE REGIONI**

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

**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		3847	0011	2023	2,48		
L 2 7 3		3848	0011	2022	7,43		
M 1 8 5		3847	0011	2023	8,95		
M 1 8 5		3848	0011	2022	19,28		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>38,14 H</b>		<b>+</b> 38,14

**SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI**

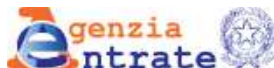
codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
<b>TOTALE I</b>					<b>L</b>		+/- <b>SALDO (I-L)</b>

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	
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		+/- <b>SALDO (M-N)</b>

**SALDO FINALE** EURO + 38,14

**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	
1 8	1 2	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 15/12/2023 alle ore 17:00 con numero di protocollo 23121517005943885 riferito al file: Clienti18122023.ccf

Protocollo del pagamento : 23121517005943885 prog. 000010  
Codice fiscale : 00516840378 - TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.  
Data versamento : 18-12-2023  
Importo versamento : E. 260.029,07 (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, 15/12/2023



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

Protocollo del pagamento : 23121517005943885 prog. 000010  
Codice fiscale : 00516840378 - TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.  
Data addebito : 18-12-2023  
Importo versamento : 260.029,07  
Banca di addebito : 02008  
Esito versamento : ADDEBITATO

Li, 21/12/2023