

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.

comune: **CASTEL SAN PIETRO TERME** via e numero civico: **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>	1627		2023		29,12	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>	1001	0010	2023	84.226,03		
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>	1631		2022		8.367,00	
	1701	0010	2023		1.849,25	
	6038		2023		152.090,37	
codice ufficio	1012	0010	2023	5.126,42		+/-
codice atto						
<b>TOTALE A</b>				<b>89.352,45 B</b>	<b>162.335,74</b>	<b>- 72.983,29</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	DM10	1301132643	10 2023	161.148,00		
1301	ASIM	1309843723	10 2023	372,00		
1301	DM10	1309983939	10 2023	728,00		
1301	DM10	1309843723	10 2023	24.472,00		+/-
<b>TOTALE C</b>				<b>186.720,00 D</b>		<b>+ 186.720,00</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		82,00	
0 5	3802	0010	2022	34,64		
0 6	3790	0010	2022	0,48		
0 6	3802	0010	2022	8.572,78		+/-
<b>TOTALE E</b>				<b>8.607,90 F</b>	<b>82,00</b>	<b>+ 8.525,90</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		3797		2022		40,00	
F 0 8 3		3797		2022		11,25	
A 3 9 2		3847	0010	2023	6,13		
A 3 9 2		3848	0010	2022	13,35		+/-
detrazione							
<b>TOTALE G</b>					<b>19,48 H</b>	<b>51,25</b>	<b>- 31,77</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>+ , ,</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>+ , ,</b>

**SALDO FINALE**

EURO + 122.230,84

**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 6 1 1 2 0 2 3	02008	36750	tratto / emesso su	
			cod. ABI	CAB

Mod. **F24**

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. 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>	6038		2023		6.074,28	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>	1630	0010	2022	9,23		
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>	1630	0010	2023	0,64		
	4730	0010	2023	907,38		
	4731	0010	2022	3.463,89		
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>4.381,14 B</b>	<b>6.074,28</b>	<b>- 1.693,14</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	DMRA	1309843723	12 2022	54,24		
1301	DMRA	1309843723	01 2023	137,75		
1301	DMRA	1309843723	02 2023	116,71		
1301	DMRA	1309843723	03 2023	155,91		+/- <b>SALDO (C-D)</b>
<b>TOTALE C</b>				<b>464,61 D</b>		<b>+ 464,61</b>

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
0 6	3802	0010	2023	1.137,96		
0 6	3803	0010	2022	455,48		
1 4	3802	0010	2022	16,46		
1 6	3802	0010	2022	49,12		+/- <b>SALDO (E-F)</b>
<b>TOTALE E</b>				<b>1.659,02 F</b>		<b>+ 1.659,02</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	
A 5 4 7		3847	0010	2023	5,13		
A 5 4 7		3848	0010	2022	10,96		
A 5 5 1		3847	0010	2023	5,52		
A 5 5 1		3848	0010	2022	12,51		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>34,12 H</b>		<b>+ 34,12</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>+ , , ,</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>+ , , ,</b>

**SALDO FINALE**

EURO + 464,61

**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 6 1 1 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 via e numero civico: VIA GOLINI 251

**DOMICILIO FISCALE** CASTEL SAN PIETRO TERME prov. B 0

**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>	6038		2023		51,50	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
codice ufficio	codice atto					+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>					51,50	- <b>51,50</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	FSL1	1301132643	10 2023	18.525,00		
<b>TOTALE C</b>				18.525,00		+ <b>18.525,00</b>

**SEZIONE REGIONI**

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
1 7	3802	0010	2022	18,50		
<b>TOTALE E</b>				18,50		+ <b>18,50</b>

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune	RAV. IMMOB. VARIATI ACC. SALDO	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
A 6 6 5		3847	0010	2023	6,24		
A 6 6 5		3848	0010	2022	15,95		
A 7 8 5		3847	0010	2023	3,41		
A 7 8 5		3848	0010	2022	7,40		
<b>TOTALE G</b>					33,00		+ <b>33,00</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>INAIL</b>							+/- <b>SALDO (I-L)</b>
<b>TOTALE I</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>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>							+ <b></b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 18.525,00

**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/SPORTELLIO	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 1 1 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>	6038		2023		304,38	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	304,38	- <b>304,38</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>		+ _____

**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>		+ _____

**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 9 4 4		3847	0010	2023	55,11		
A 9 4 4		3848	0010	2022	121,54		
A 9 4 4		3848	0010	2023	123,06		
B 0 4 4		3847	0010	2023	4,67		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		+ <b>304,38</b>

**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>SALDO (I-L)</b>
<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>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>						<b>N</b>		+ _____

**SALDO FINALE**

**EURO** + **0,00**

**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	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 1 1 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>	6038		2023		75,58	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	75,58	<b>75,58</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	
B 0 4 4		3848	0010	2022	10,20		
B 1 8 8		3847	0010	2023	5,50		
B 1 8 8		3848	0010	2022	11,88		
B 2 4 9		3845	0010	2023	48,00		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					75,58		<b>75,58</b>

**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>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 + 0,00**

**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	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 1 1 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>	6038		2023		197,08	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	197,08	- <b>197,08</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	
B 2 4 9		3846	0010	2022	160,00		
B 2 4 9		3847	0010	2023	6,66		
B 2 4 9		3848	0010	2022	14,29		
B 8 9 2		3847	0010	2023	16,13		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					197,08		<b>197,08</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** + **0,00**

**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	n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
1 6	1 1	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>	6038		2023		346,10	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	346,10	- <b>346,10</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	
B 8 9 2		3848	0010	2022	37,09		
C 1 2 1		3847	0010	2023	66,98		
C 1 2 1		3848	0010	2022	147,40		
C 1 2 1		3848	0010	2023	94,63		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		+ <b>346,10</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** + **0,00**

**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	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 1 1 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>	6038		2023		134,54	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	134,54	<b>134,54</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	
C 1 8 5		3848	0010	2022	4,88		
C 1 8 5		3848	0010	2023	113,95		
C 2 6 5		3795	0010	2023	0,04		
C 2 6 5		3845	0010	2023	15,67		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					134,54		<b>134,54</b>

**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>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** + **0,00**

**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	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 1 1 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>	6038		2023		272,17	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	272,17	- <b>272,17</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	
C 9 6 3		3847	0010	2023	15,33		
C 9 6 3		3848	0010	2022	36,85		
D 3 6 0		3847	0010	2023	67,19		
D 3 6 0		3848	0010	2022	152,80		+/- <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>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** + **0,00**

**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	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 1 1 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>	6038		2023		93,51	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	93,51	<b>93,51</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 8 7 8		3845	0010	2023	66,00		
D 8 7 8		3846	0010	2022	14,00		
D 8 7 8		3847	0010	2023	3,38		
D 8 7 8		3848	0010	2022	10,13		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					93,51		<b>93,51</b>

**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>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** + **0,00**

**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/SPORTELLO	n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
1 6	1 1	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>	6038		2023		437,28	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	437,28	- <b>437,28</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>		+ _____

**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>		+ _____

**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	0010	2023	4,66		
E 2 8 9		3795	0010	2022	0,08		
E 2 8 9		3846	0010	2022	11,25		
E 2 8 9		3847	0010	2023	421,29		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		+ <b>437,28</b>

**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>SALDO (I-L)</b>
<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>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>							<b>N</b>	+ _____

**SALDO FINALE**

**EURO** + **0,00**

**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/SPORTELLO	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 1 1 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>	6038		2023		986,69	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	986,69	- <b>986,69</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>		+ _____

**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>		+ _____

**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		3848	0010	2022	930,09		
E 5 3 6		3847	0010	2023	5,18		
E 5 3 6		3848	0010	2022	14,02		
E 7 3 0		3847	0010	2023	37,40		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		+ <b>986,69</b>

**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>SALDO (I-L)</b>
<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>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>							<b>N</b>	+ _____

**SALDO FINALE**

**EURO** + 0,00

**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	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 1 1 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>	6038		2023		297,76	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	297,76	- <b>297,76</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 2 9		3848	0010	2022	110,22		
F 0 2 9		3848	0010	2023	187,34		
F 0 8 3		3795	0010	2022	0,11		
F 0 8 3		3795	0010	2023	0,09		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					297,76		<b>297,76</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>
							+/- <b>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>					<b>N</b>		<b>+</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + **0,00**

**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/SPORTELLO	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 1 1 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>	6038		2023		595,76	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	595,76	- <b>595,76</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>		+ _____

**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>		+ _____

**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		3845	0010	2023	47,50		
F 0 8 3		3846	0010	2022	94,25		
F 0 8 3		3847	0010	2023	133,75		
F 0 8 3		3848	0010	2022	320,26		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		+ <b>595,76</b>

**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>SALDO (I-L)</b>
<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>SALDO (M-N)</b>
<b>TOTALE M</b>						<b>N</b>		+ _____

**SALDO FINALE**

**EURO** + **0,00**

**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/SPORTELLO	n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
1 6	1 1	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>	6038		2023		117,12	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	117,12	- <b>117,12</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>		+ _____

**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>		+ _____

**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 5 9 7		3847	0010	2023	20,64		
F 5 9 7		3848	0010	2022	52,35		
F 7 1 8		3847	0010	2023	13,78		
F 7 1 8		3848	0010	2022	30,35		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		+ <b>117,12</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>		+ _____

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>		+ _____

**SALDO FINALE**

**EURO** + **0,00**

**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 <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
1 6	1 1	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>	6038		2023		265,63	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	265,63	- <b>265,63</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>		+ _____

**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>		+ _____

**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		3848	0010	2023	8,27		
G 2 0 5		3847	0010	2023	64,65		
G 2 0 5		3848	0010	2022	153,71		
G 7 6 8		3845	0010	2023	39,00		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		+ <b>265,63</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>		+ _____

  

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>		+ _____

**SALDO FINALE** EURO + **0,00**

**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	
					n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	tratto / emesso su _____	
1 6	1 1	2 0 2 3	02008	36750	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>	6038		2023		92,53	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	92,53	<b>92,53</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.	Immcb. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
H 9 4 5						3847	0010	2023	14,61		
H 9 4 5						3848	0010	2022	56,60		
I 1 1 0						3847	0010	2023	6,78		
I 1 1 0						3848	0010	2022	14,54		+/- <b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>									<b>92,53 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** + 0,00

**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 6 1 1 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 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>	6038		2023		31,49	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/-
						<b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>					31,49	<b>B</b>
						31,49

**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>

**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>

**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

codice ente/codice comune	Ravv.	Immcb. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
I 1 4 7						3848	0010	2022	9,71		
I 4 3 8						3848	0010	2022	11,88		
L 2 7 3						3847	0010	2023	2,47		
L 2 7 3						3848	0010	2022	7,43		+/-
											<b>SALDO (G-H)</b>
<b>TOTALE G</b>									31,49		<b>H</b>
											31,49

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

**SALDO FINALE**

**EURO** + 0,00

**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/SPORTELLLO
1 6 1 1 2 0 2 3	02008	36750

Pagamento effettuato con assegno  bancario/postale  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

**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>	6038		2023		28,21	
<b>RITENUTE ALLA FONTE</b>						
<b>ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI</b>						
						+/- <b>SALDO (A-B)</b>
<b>TOTALE A</b>				<b>B</b>	28,21	<b>28,21</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	
M 1 8 5		3847	0010	2023	8,95		
M 1 8 5		3848	0010	2022	19,26		
<b>TOTALE G</b>					<b>H</b>		<b>+</b>
					28,21		<b>28,21</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>
							<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>
							<b>+</b>

**SALDO FINALE**

**EURO** + 0,00

**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	n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
1 6	1 1	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 15/11/2023 alle ore 15:11 con numero di protocollo 23111515111525930 riferito al file: Clienti16112023.ccf

Protocollo del pagamento : 23111515111525930 prog. 000011  
Codice fiscale : 00516840378 - TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.  
Data versamento : 16-11-2023  
Importo versamento : E. 141.220,45 (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, 15/11/2023



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

Protocollo del pagamento : 23111515111525930 prog. 000011  
Codice fiscale : 00516840378 - TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.  
Data addebito : 16-11-2023  
Importo versamento : 141.220,45  
Banca di addebito : 02008  
Esito versamento : ADDEBITATO

Li, 21/11/2023