AGENZIA DELLE ENTRATE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A: BANCA CREDITO COOPERATIVO TREVIGIANO

AGENZIA VEDELAGO PROV. TV

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 9 0 0 0 8 2 0 0 2 6 4

Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare /

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale: ASSOCIAZIONE

nome: CIRCOLO CULTURALE BUENAVENTURA

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

DOMICILIO FISCALE comune: CASTELFRANCO V.TO | prov.: TV | via e numero civico: CIRCONVALLAZIONE OVEST, 23/A

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/ regione/prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
IMPOSTE DIRETTE – IVA				,	,
RITENUTE ALLA FONTE	6099		2006	504,00	,
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI				,	,
				,	,
				,	,
		TOTALE	A	504,00 B	,

+/- SALDO (A-B) 504,00

ufficio | codice atto

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
					,	,
					,	,
					,	,
				TOTALE C	, D	,

+/- SALDO (C-D)

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
				,	,
				,	,
				,	,
			TOTALE E	, F	,

+/- SALDO (E-F)

SEZIONE IMU ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Ravv.	immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati
									,	,
									,	,
									,	,
								TOTALE G	, H	,

+/- SALDO (G-H)

Detrazione ICI abitazione principale ,

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

	codice sede	posizione assicurativa numero	C.C.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati
INAIL						,	,
						,	,
						,	,
					TOTALE I	, L	,

+/- SALDO (I-L)

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati
						,	,
						,	,
					TOTALE M	, N	,

+/- SALDO (M-N)

SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO + 504,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (da compilare a cura della banca/ufficio postale/concessionario)

DATA			CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO	
			AZIENDA	CAB/SPORTELLO
giorno	mese	anno		
13	03	2007	8917	62170

Pagamento effettuato con assegno ☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI | CAB

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO