

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: BANCA INTESA

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV. TP

CONTRIBUENTE

DATI ANAGRAFICI		CONSERVATORIO DI MUSICA DI STATO			
data di nascita		sesso (M o F)	comune (o Stato estero) di nascita		prov.
giorno	mesi		anno		

DOMICILIO FISCALE TRAPANI **T** **P** **VIA F. SCEUSA, 1**

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

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

SEZIONE ERARIO

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
8200	C10	91100 TRAPANI	09 2023	1.942 , 38	0 , 00
8200	RC01	8202977647	12 2022	260 , 15	0 , 00
8200	DM10	8202977647	09 2023	2.132 , 00	0 , 00
				,	,
					+/- SALDO (C-D)
			TOTALE	C	D
				4.334 , 53	0 , 00 +
					4.334 , 53

SEZIONE REGIONI

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

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	SALDO (I-L)
						,	,	,
						,	,	,
						,	,	,
						,	,	,
						0,00	0,00	0,00
						TOTALE	L	0,00
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	SALDO (M-N)
						,	,	,
						,	,	,
						,	,	,
						,	,	,
						0,00	0,00	0,00
						TOTALE	M	N
						0,00	0,00	0,00
						SALDO FINALE		

DOTT. FRANCESCO BAMBINA

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		
	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
giorno	mesi	anno	

Pagamento effettuato con assegno
n.ro _____

tratto / emesso su _____

bancario/postale
circolare/vaglia postale

cod. ABI _____ CAB _____