

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

Delega stampata da INBANK
 DELEGA IRREVOCABILE A: Nr. Dist-Nr. Disp: 13295 - 1

Data Creazione: 16/10/2023

AGENZIA Stato delega: Richiesto PROV.
 PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 1 5 1 6 2 7 0 1 3 7

DATI ANAGRAFICI
 cognome, denominazione o ragione sociale: **BENOW SCPA** nome: _____
 data di nascita: _____ sesso (M o F): _____ comune (o Stato estero) di nascita: _____ prov: _____
 giorno mese anno
DOMICILIO FISCALE **BRESCIA** **B S** via e numero civico: **VIALE ITALIA, 26**
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare _____ codice identificativo: _____

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/regione/prov./ mese rif	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA	6009	0000	2023	99.714,58	0,00	
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
				TOTALE A	B	SALDO (A-B)
				99.714,58	0,00	99.714,58

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice filiale azienda	periodo di riferimento da mm/aaaa	anno di riferimento a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							SALDO (C-D)
TOTALE C					D		

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Immob. Raw	Acc	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
										SALDO (G-H)
TOTALE G								H		

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

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

SALDO FINALE

EURO + 99.714,58

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA: 16/10/2023

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA / CAB/SPORETTO

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale
 circolare/vaglia postale

n.ro _____
 tratto / emesso su _____
 cod. ABI _____ CAB _____