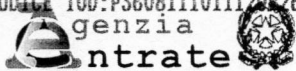


TOTALE IMPORTI VERSATI: A DEBITO 200,00 A CREDITO 0,00 SALDO +200,00

CODICE IUD: P3608111011128826

0039117



PostePay S.p.A.
Bologna 1

Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A:

PROV.

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

9 | 1 | 4 | 8 | 1 | 2 | 8 | 0 | 3 | 7 | 7 |

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

DATI ANAGRAFICI

PRO FILUZZI PIU' 051

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 CASTENASO

B | O

VIA ROMITINO 3

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo
1550

rateazione/regione/
prov./mese rif.

anno di
riferimento
2026

importi a debito versati
200,00

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

200,00 B

+/- SALDO (A-B)

200,00

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

+/- 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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/
codice comune

Immob. variab. 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

a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

+/- SALDO (M-N)

TOTALE M

N

FIRMA

SALDO FINALE

EURO +

200,00

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

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

36081

02400

Pagamento effettuato con assegno

n. ro

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

11/011 02 12-08-26 Pt1
0056
F241 0056
F. 91481280377
Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

I T

firma

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE