

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

Postepay
A. P. de
PROV.

CODICE FISCALE 8 | 1 | 0 | 0 | 2 | 9 | 1 | 0 | 6 | 6 | 9 |
cognome, denominazione o ragione sociale

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

DATI ANAGRAFICI COMUNE DI AVEZZANO

data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

prov.

DOMICILIO FISCALE AVEZZANO

prov. via e numero civico
A | Q PIAZZA DELLA REPUBBLICA 8

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

V | R | N | L | N | Z | 4 | 6 | M | 6 | 0 | C | 4 | 2 | 6 | P codice identificativo 6 | 3

		codice tributo	rateazione/ regione/ prov./ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA		1550		2022	740,00		
	RITENUTE ALLA FONTE	1551		2022	120,00		
	ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
TOTALE A					860,00		SALDO (A-B) 860,00

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	

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

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

codice ente	codice sede	causale contributo	codice ditto	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati		
TOTALE I									L	

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

IL DIRIGENTE
Arch. Antonio Perretti



EURO + 860,00

03/258 06 04-11-22 Pt
0138 DATA €860,00
F24I-0138 €**
C.F. 81002910669

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE
AZIENDA CAB/SPORTELLINO
3681 03298

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale
 circolare/vaglia postale
 n.ro _____
 tratto / emesso su _____
 cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN



firma _____