

DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.

giorno mese anno comune prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME B 0 VIA GOLINI 251

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	1701	0004	2024		2.087,16	
RITENUTE ALLA FONTE	1001	0004	2024	81.060,28		
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1012	0004	2024	8.205,31		
	1049	0004	2024	35,91		
	1701	0004	2023	885,75		
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
			TOTALE A	90.187,25 B	2.087,16 +	88.100,09

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	
1301	ASIM	1309843723	04 2024	330,00		
1301	DM10	1301132643	04 2024	164.619,00		
1301	DM10	1309843723	04 2024	27.298,00		
1301	FSL1	1301132643	04 2024	18.375,00		+/- SALDO (C-D)
			TOTALE C	210.622,00 D		210.622,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
0 6	3802	0004	2023	10.322,41		
0 6	3802	0004	2024	165,76		
1 4	3802	0004	2023	56,70		
1 6	3802	0004	2023	27,46		+/- SALDO (E-F)
			TOTALE E	10.572,33 F		10.572,33

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

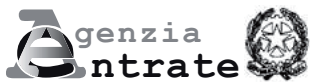
codice ente/codice comune	Immob. Ravv. variati	Acc. Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
A 3 9 2				3847	0004	2024	6,37		
A 3 9 2				3848	0004	2023	13,61		
A 5 4 7				3847	0004	2024	10,75		
A 5 4 7				3848	0004	2023	27,62		+/- SALDO (G-H)
detrazione							TOTALE G	58,35 H	58,35

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
18160	03466596	17	902024	P	64.461,85		+/- SALDO (I-L)
							TOTALE I
					64.461,85 L		64.461,85
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

SALDO FINALE**EURO + 373.814,62****ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)**

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	
giorno	mese	anno		AZIENDA	CAB/SPORTELLO	<input type="checkbox"/>	bancario/postale
1 6	0 5	2 0 2 4		02008	36750	<input type="checkbox"/>	circolare/vaglia postale
n.ro _____						tratto / emesso su _____	
						cod. ABI	CAB



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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

comune: CASTEL SAN PIETRO TERME prov. VIA e numero civico

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME B 0 VIA GOLINI 251

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
1 7	3802	0004	2023	43,54		
2 1	3802	0004	2023	17,78		
TOTALE E				F		+/- SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	RAV. IMMOB. VARIATI ACC. SALDO	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
A 5 5 1			3847	0004	2024	5,60		
A 5 5 1			3848	0004	2023	11,83		
A 6 6 5			3847	0004	2024	6,03		
A 6 6 5			3848	0004	2023	13,23		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G						H		+ 36,69

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		+

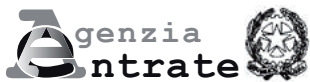
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 98,01

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		CAB/SPORTELLO	
giorno	mese	anno		02008		36750	
1	6	0	5	2	0	2	4
				tratto / emesso su		cod. ABI CAB	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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

comune: CASTEL SAN PIETRO TERME via e numero civico

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME B 0 VIA GOLINI 251

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					+/-
TOTALE A				B		SALDO (A-B)

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	RAVV.	IMMOB. VARIATI	ACC.	SALDO	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
A 7 8 5						3847	0004	2024	3,51		
A 7 8 5						3848	0004	2023	7,48		
A 9 4 4						3847	0004	2024	41,36		
A 9 4 4						3848	0004	2023	116,20		
TOTALE G									H		SALDO (G-H)
detrazione											168,55

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

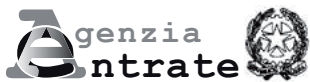
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE M					N		SALDO (M-N)

SALDO FINALE

EURO + 168,55

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		CAB/SPORTELLO	
giorno	mese	anno		02008		36750	
1	6	0	5	2	0	2	4
n.ro						<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
tratto / emesso su						cod. ABI CAB	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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

codice ente/codice comune	Imm. Ravv. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
B 1 8 8					3847	0004	2024	5,69		
B 1 8 8					3848	0004	2023	12,14		
B 2 4 9					3847	0004	2024	4,72		
B 2 4 9					3848	0004	2023	14,15		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G								H		+
								36,70		36,70

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		+

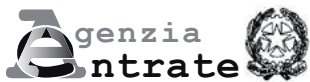
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + **36,70**

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno		CAB/SPORTELLO		n.ro _____	
1	6	0	5	2	0	2	4
				02008		36750	
						tratto / emesso su _____	
						cod. ABI _____ CAB _____	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/- SALDO (A-B)
codice ufficio _____ codice atto _____						
TOTALE A				B		+

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

codice ente/ codice comune	RAVV.	IMMOB. VARIATI	ACC.	SALDO	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
B 3 8 4						3847	0004	2024	0,40		
B 3 8 4						3848	0004	2023	1,21		
B 8 9 2						3847	0004	2024	23,01		
B 8 9 2						3848	0004	2023	54,52		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G									H		+
									79,14		79,14

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

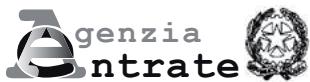
	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL								
								+/- SALDO (I-L)
TOTALE I						L		+
								+/- SALDO (M-N)
TOTALE M						N		+

SALDO FINALE

EURO + **79,14**

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		CAB/SPORTELLO	
giorno	mese	anno		02008		36750	
1	6	0	5	2	0	2	4
						n.ro _____	
						tratto / emesso su _____	
						cod. ABI _____ CAB _____	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI 251

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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

codice ente/ codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
C 1 2 1		3847	0004	2024	84,18		
C 1 2 1		3848	0004	2023	178,07		
C 2 6 5		3847	0004	2024	395,88		
C 2 6 5		3848	0004	2023	1.128,32		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					1.786,45		1.786,45

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		+

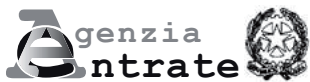
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 1.786,45

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno		CAB/SPORTELLO			
1	6	0	5	2	0	2	4
				02008		36750	
				tratto / emesso su _____			
				cod. ABI		CAB	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/- SALDO (A-B)
codice ufficio _____ codice atto _____						
TOTALE A				B		+

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

codice ente/ codice comune	RAV. IMMOB. VARIATI ACC. SALDO	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
C 2 6 5			3848	0004	2024	84,07		
C 2 9 2			3847	0004	2024	4,33		
C 2 9 2			3848	0004	2023	13,00		
C 7 4 1			3847	0004	2024	0,78		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G						H		+
						102,18		102,18

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		+

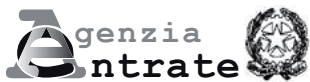
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 102,18

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale n.ro _____ tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
1 6	0 5	2 0 2 4	02008	36750	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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

comune: CASTEL SAN PIETRO TERME via e numero civico: VIA GOLINI 251

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME prov. B 0

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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

codice ente/codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
C 7 4 1		3848	0004	2023	2,34		
C 9 6 3		3847	0004	2024	22,35		
C 9 6 3		3848	0004	2023	70,30		
D 3 6 0		3847	0004	2024	97,58		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					192,57 H		+ 192,57

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		+

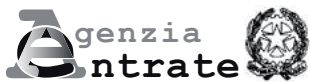
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 192,57

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 0 5 2 0 2 4	02008	36750	
	tratto / emesso su		cod. ABI CAB



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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

comune: CASTEL SAN PIETRO TERME prov. B 0 via e numero civico: VIA GOLINI 251

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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

codice ente/codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
D 3 6 0		3848	0004	2023	169,52		
D 4 5 8		3847	0004	2024	23,99		
D 4 5 8		3848	0004	2023	57,17		
D 4 6 3		3847	0004	2024	0,66		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					251,34 H		+ 251,34

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		+

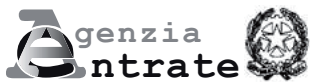
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 251,34

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno	<input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno mese anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 0 5 2 0 2 4	02008	36750	tratto / emesso su	
			cod. ABI	CAB



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	RAVV.	Imm. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
D 4 6 3						3848	0004	2023	1,96		
D 6 1 3						3847	0004	2024	2,32		
D 6 1 3						3848	0004	2023	5,03		
D 8 2 9						3847	0004	2024	6,17		
TOTALE G									15,48 H		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G									15,48 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	
TOTALE I					L		+/- SALDO (I-L)
TOTALE I					L		+

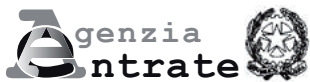
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE M					N		+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + **15,48**

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno		CAB/SPORTELLO		n.ro _____	
1	6	0	5	2	0	2	4
				02008		36750	
						tratto / emesso su _____	
						cod. ABI _____ CAB _____	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/-
						SALDO (A-B)
codice ufficio _____ codice atto _____						
				TOTALE A	B	+

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

codice ente/ codice comune	Identificativo operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
D 8 7 8		3847	0004	2024	10,97		
D 8 7 8		3848	0004	2023	32,91		
E 1 3 6		3847	0004	2024	4,92		
E 1 3 6		3848	0004	2023	10,58		+/-
							SALDO (G-H)
detrazione _____					TOTALE G	H	+
							59,38

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	+

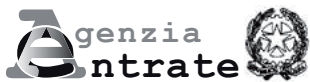
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/-
							SALDO (M-N)
					TOTALE M	N	+

SALDO FINALE

EURO + 59,38

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno		CAB/SPORTELLO		tratto / emesso su _____	
1	6	0	5	2	0	2	4
				02008		36750	
						cod. ABI _____ CAB _____	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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

comune: CASTEL SAN PIETRO TERME prov. VIA e numero civico

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	RAVV.	IMMOB. VARIATI	ACC.	SALDO	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
E 2 8 9						3847	0004	2024	446,63		
E 2 8 9						3848	0004	2023	1.029,92		
E 5 3 6						3848	0004	2023	12,00		
E 7 3 0						3847	0004	2024	31,70		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G									H		+
									1.520,25		1.520,25

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

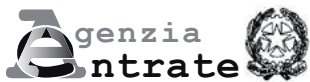
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE M					N		+/- SALDO (M-N)

SALDO FINALE

EURO + 1.520,25

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno		CAB/SPORTELLO		tratto / emesso su _____	
1	6	0	5	2	0	2	4
				02008		36750	
						cod. ABI _____ CAB _____	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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

codice ente/ codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
E 7 3 0		3848	0004	2023	67,88		
E 8 4 4		3847	0004	2024	7,81		
E 8 4 4		3848	0004	2023	16,63		
F 0 2 9		3847	0004	2024	39,60		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					131,92		131,92

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		+

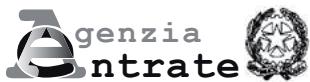
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 131,92

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno _____ mese _____ anno _____	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 0 5 2 0 2 4	02008	36750	
	tratto / emesso su _____		cod. ABI _____ CAB _____



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

Form fields for taxpayer information: CODICE FISCALE (00516840378), DATI ANAGRAFICI (TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.), DOMICILIO FISCALE (CASTEL SAN PIETRO TERME, VIA GOLINI 251), CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare.

SEZIONE ERARIO

Table for Erario section with columns: codice tributo, rateazione/regione/prov./mese rif., anno di riferimento, importi a debito versati, importi a credito compensati. Includes sub-totals A and B, and SALDO (A-B).

SEZIONE INPS

Table for INPS section with columns: 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. Includes sub-totals C and D, and SALDO (C-D).

SEZIONE REGIONI

Table for Regions section with columns: codice regione, codice tributo, rateazione/mese rif., anno di riferimento, importi a debito versati, importi a credito compensati. Includes sub-totals E and F, and SALDO (E-F).

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

Table for IMU and Local Taxes section with columns: codice ente/codice comune, codice tributo, rateazione/mese rif., anno di riferimento, importi a debito versati, importi a credito compensati. Includes sub-totals G and H, and SALDO (G-H).

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

Table for Other Social Security and Insurance entities section with columns: codice sede, codice ditta, c.c., numero di riferimento, causale, importi a debito versati, importi a credito compensati. Includes sub-totals I and L, and SALDO (I-L).

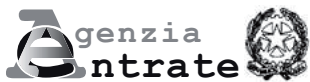
Table for Social Security and Insurance entities section with columns: codice ente, codice sede, causale contributo, codice posizione, periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa, importi a debito versati, importi a credito compensati. Includes sub-totals M and N, and SALDO (M-N).

SALDO FINALE

EURO + 537,40

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

Form fields for payment details: DATA (16/05/2024), CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE (AZIENDA: 02008, CAB/SPORTELLO: 36750), Pagamento effettuato con assegno (bancario/postale or circolare/vaglia postale), tratta / emesso su, cod. ABI, CAB.



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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

codice ente/ codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
F 5 9 7		3848	0004	2023	50,06		
F 7 1 8		3847	0004	2024	21,02		
F 7 1 8		3848	0004	2023	50,66		
G 2 0 5		3847	0004	2024	83,51		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					205,25 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		+

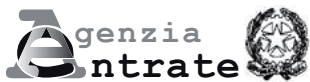
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + **205,25**

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		CAB/SPORTELLO	
giorno	mese	anno		02008		36750	
1	6	0	5	2	0	2	4
n.ro _____						<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
tratto / emesso su _____						cod. ABI _____ CAB _____	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	RAV	Imm. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
G 2 0 5						3848	0004	2023	197,34		
G 7 6 8						3847	0004	2024	4,93		
G 7 6 8						3848	0004	2023	10,28		
H 3 0 2						3847	0004	2024	5,70		
TOTALE G									H		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G									H		+
									218,25		218,25

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

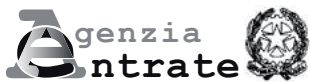
	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
INAIL								
TOTALE I							L	+/- SALDO (I-L)
TOTALE I							L	+
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE M							N	+/- SALDO (M-N)
TOTALE M							N	+

SALDO FINALE

EURO + **218,25**

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno		CAB/SPORTELLO		n.ro _____	
1	6	0 5 2 0 2 4		02008 36750		tratto / emesso su _____	
						cod. ABI	CAB



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/- SALDO (A-B)
codice ufficio _____ codice atto _____						
TOTALE A				B		+

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

codice ente/ codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
H 3 0 2		3848	0004	2023	12,18		
H 8 9 6		3847	0004	2024	5,58		
H 8 9 6		3848	0004	2023	16,73		
H 9 4 5		3847	0004	2024	25,10		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					59,59		59,59

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		+

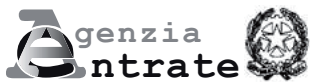
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + 59,59

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno		CAB/SPORTELLO			
1	6	0	5	2	0	2	4
				02008		36750	
				tratto / emesso su _____			
				cod. ABI _____		CAB _____	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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

codice ente/ codice comune	RAVV.	IMMOB. VARIATI	ACC.	SALDO	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
H 9 4 5						3848	0004	2023	67,27		
I 1 1 0						3847	0004	2024	6,42		
I 1 1 0						3848	0004	2023	13,16		
I 1 5 8						3847	0004	2024	3,57		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G									90,42 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		+

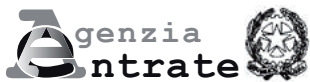
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + **90,42**

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		CAB/SPORTELLO	
giorno	mese	anno		02008		36750	
1	6	0	5	2	0	2	4
n.ro _____						<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
tratto / emesso su _____						cod. ABI _____ CAB _____	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				B		+

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)
TOTALE C				D		+

SEZIONE REGIONI

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Imm. Ravv. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
I 1 5 8					3848	0004	2023	10,73		
L 2 7 3					3847	0004	2024	3,53		
L 2 7 3					3848	0004	2023	8,37		
L 7 6 2					3847	0004	2024	6,06		
TOTALE G								H		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G								H		+
								28,69		28,69

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

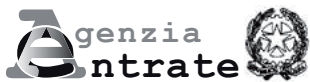
codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I					L		+/- SALDO (I-L)
TOTALE I					L		+
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE M					N		+/- SALDO (M-N)
TOTALE M					N		+

SALDO FINALE

EURO + **28,69**

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA		<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno		CAB/SPORTELLO			
1 6	0 5	2 0 2 4		02008 36750			
tratto / emesso su _____						cod. ABI _____ CAB _____	



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

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

comune: CASTEL SAN PIETRO TERME prov. B 0 via e numero civico: VIA GOLINI 251

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio	codice atto					+/-
TOTALE A				B		SALDO (A-B)

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

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	RAV. IMMOB. VARIATI ACC. SALDO	numero immobili	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
L 7 6 2			3848	0004	2023	18,20		
M 1 8 5			3847	0004	2024	10,04		
M 1 8 5			3848	0004	2023	22,05		
M 3 2 7			3847	0004	2024	2,32		
TOTALE G						H		SALDO (G-H)
detrazione								52,61

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

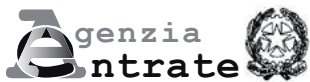
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE M					N		SALDO (M-N)

SALDO FINALE

EURO + 52,61

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

DATA				CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale	
				AZIENDA CAB/SPORTELLO		n.ro <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno		02008	36750	tratto / emesso su _____	
1	6	05	2024			cod. ABI	CAB



DELEGA IRREVOCABILE A: UNICREDIT SPA

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA CASTEL S.PIETRO TERME

PROV. BO

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 5 1 6 8 4 0 3 7 8 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L. nome

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____

giorno _____ mese _____ anno _____

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CASTEL SAN PIETRO TERME **B 0** VIA GOLINI **251**

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						
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
						+/-
						SALDO (A-B)
codice ufficio _____ codice atto _____						
				A	B	+

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)
				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)
				E	F	+

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
M 3 2 7		3848	0004	2023	6,96		
							+/-
							SALDO (G-H)
detrazione _____					G	H	+
							6,96

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)
							+

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)
							+

SALDO FINALE

EURO + **6,96**

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

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale
giorno _____ mese _____ anno _____	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 0 5 2 0 2 4	02008	36750	
			n.ro _____
			tratto / emesso su _____
			cod. ABI _____ CAB _____



**SERVIZIO TELEMATICO ENTRATEL DI PRESENTAZIONE DELLE DICHIARAZIONI
COMUNICAZIONE DI AVVENUTO RICEVIMENTO (art. 3, comma 10, D.P.R. 322/1998)**

Estremi del pagamento acquisito in data 15/05/2024 alle ore 14:02 con numero di protocollo 24051514021753144 riferito al file: Clienti16052024.ccf

Protocollo del pagamento : 24051514021753144 prog. 000009
Codice fiscale : 00516840378 - TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.
Data versamento : 16-05-2024
Importo versamento : E. 379.455,76 (addebito alla data del versamento)
Coordinate bancarie: IBAN IT09I0200836750000101452468
Esito elaborazione : RICEVUTO

I pagamenti eseguiti con utilizzo di crediti in compensazione saranno oggetto di controlli previsti dalle vigenti disposizioni. L'eventuale esito negativo di tali controlli sarà comunicato con ulteriore ricevuta e potrà determinare lo scarto della delega F24, oppure la sospensione ai sensi dell'art. 37, comma 49-ter, del D.L. n. 223/2006.

Li, 15/05/2024



SERVIZIO TELEMATICO ENTRATEL DI PRESENTAZIONE DELLE DICHIARAZIONI
COMUNICAZIONE DI AVVENUTO RICEVIMENTO (art. 3, comma 10, D.P.R. 322/1998)

Protocollo del pagamento : 24051514021753144 prog. 000009
Codice fiscale : 00516840378 - TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.
Data addebito : 16-05-2024
Importo versamento : 379.455,76
Banca di addebito : 02008
Esito versamento : ADDEBITATO

Li, 21/05/2024