

Mod. **F24**

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: 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	1631		2023		56.326,08	
RITENUTE ALLA FONTE	1001	0008	2024	75.126,41		
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1701	0008	2024		1.683,27	
	1627		2024		139,56	
	1012	0008	2024	11.804,10		
	1057	0008	2023	17,00		+/-
codice ufficio	codice atto					
TOTALE A				86.947,51	58.148,91	+ SALDO (A-B)
						28.798,60

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	08 2024	338,00		
1301	DM10	1301132643	08 2024	134.091,00		
1301	DM10	1309843723	08 2024	22.583,00		
TOTALE C				157.012,00		+ SALDO (C-D)
						157.012,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
0 6	3796		2023		1.085,38	
0 6	3790	0008	2023	0,08		
0 6	3802	0008	2023	9.514,81		
0 6	3802	0008	2024	786,85		+/-
TOTALE E				10.301,74	1.085,38	+ SALDO (E-F)
						9.216,36

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		1671		2024		12,18	
D 6 1 3		1671		2024		11,63	
F 0 8 3		1671		2024		23,50	
A 6 6 5		3797		2023		4,55	+/-
TOTALE G						51,86	- SALDO (G-H)
							51,86

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

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

SALDO FINALE

EURO + 194.975,10

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
16	09	2024		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 via e numero civico: B 0 VIA GOLINI 251

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	1001	0008	2024	236,60		
RITENUTE ALLA FONTE	1630	0008	2023	0,83		
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1630	0008	2024	0,45		
	1701	0008	2023	848,77		
	1845	0008	2024	108,00		
codice ufficio	4201	0008	2023	90,00		+/-
codice atto						
TOTALE A				1.284,65 B		+ SALDO (A-B)
						1.284,65

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	
0 6	3803	0008	2023	298,25		
1 4	3802	0008	2023	56,71		
1 6	3802	0008	2023	27,46		
1 7	3802	0008	2023	103,00		+/-
TOTALE E				485,42 F		+ SALDO (E-F)
						485,42

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	
A 9 4 4		3797		2023		6,86	
B 8 9 2		3797		2023		14,00	
C 1 2 1		3797		2023		93,00	
C 2 6 5		3797		2023		122,74	+/-
detrazione						236,60	-
TOTALE G					H	236,60	- SALDO (G-H)
							236,60

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 + 1.533,47

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

DATA: giorno mese anno 1 6 0 9 2 0 2 4

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE: AZIENDA 02008 CAB/SPORTELLO 36750

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale 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 _____ 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	1001	0008	2024	101,98		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				101,98 B		+ 101,98

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 0 2 9		3797		2023		44,00	
F 0 8 3		3797		2023		28,69	
F 5 9 7		3797		2023		24,10	
F 7 1 8		3797		2023		5,19	+/- SALDO (G-H)
detrazione _____						101,98	- 101,98
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		+ _____

SALDO FINALE

EURO + 0,00

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/SPORTELLLO	n.ro _____	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 0 9 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	1001	0008	2024	90,93		
RITENUTE ALLA FONTE						
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
codice ufficio _____ codice atto _____						+/- SALDO (A-B)
TOTALE A				90,93 B		+ 90,93

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	
G 2 0 5		3797		2023		39,67	
M 1 8 5		3797		2023		6,12	
C 9 6 3		1671		2024		22,33	
A 9 4 4		1671		2024		22,81	+/- SALDO (G-H)
TOTALE G						H 90,93	- 90,93

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)
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 + 0,00

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 9 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
A 3 9 2		3847	0008	2024	6,37		
A 3 9 2		3848	0008	2023	13,61		
A 5 4 7		3847	0008	2024	10,74		
A 5 4 7		3848	0008	2023	27,63		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					58,35		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	
							+/- 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 + 58,35

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/SPORTELLLO	n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
1 6	0 9	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	
A 5 5 1						3847	0008	2024	5,60		
A 5 5 1						3848	0008	2023	11,83		
A 6 6 5						3847	0008	2024	6,03		
A 6 6 5						3848	0008	2023	13,23		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G									H		+
									36,69		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 + 36,69

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	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
1 6	0 9	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	Identificativo operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
A 7 8 5		3847	0008	2024	3,52		
A 7 8 5		3848	0008	2023	7,48		
A 9 4 4		3847	0008	2024	29,05		
A 9 4 4		3848	0008	2023	145,72		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					185,77		185,77

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 + 185,77

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
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
1 6	0 9	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

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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
A 9 4 4		3848	0008	2024	100,44		
B 1 8 8		3847	0008	2024	5,69		
B 1 8 8		3848	0008	2023	12,13		
B 2 4 9		3847	0008	2024	4,72		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+ 122,98

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 + 122,98

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 9	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 _____ 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	
B 2 4 9		3848	0008	2023	14,16		
B 3 8 4		3847	0008	2024	0,40		
B 3 8 4		3848	0008	2023	1,20		
B 8 9 2		3847	0008	2024	23,01		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					38,77		38,77

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 + **38,77**

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 9 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
B 8 9 2		3848	0008	2023	54,50		
C 1 2 1		3847	0008	2024	71,94		
C 1 2 1		3848	0008	2023	171,38		
C 1 2 1		3848	0008	2024	73,96		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					371,78 H		+ 371,78

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 + **371,78**

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/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 0 9 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
C 2 6 5		3847	0008	2024	376,98		
C 2 6 5		3848	0008	2023	868,57		
C 2 9 2		3847	0008	2024	4,34		
C 2 9 2		3848	0008	2023	13,01		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					1.262,90 H		+

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)
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 + 1.262,90

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 9 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
C 7 4 1		3847	0008	2024	0,78		
C 7 4 1		3848	0008	2023	2,33		
C 9 6 3		3847	0008	2024	12,08		
C 9 6 3		3848	0008	2023	42,86		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					58,05		58,05

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 + **58,05**

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 9 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
D 3 6 0		3847	0008	2024	93,42		
D 3 6 0		3848	0008	2023	160,42		
D 4 5 8		3847	0008	2024	23,99		
D 4 5 8		3848	0008	2023	57,17		
TOTALE G					335,00 H		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					335,00 H		+ 335,00

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 + 335,00

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/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 0 9 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
D 4 6 3		3847	0008	2024	0,65		
D 4 6 3		3848	0008	2023	1,96		
D 6 1 3		3848	0008	2023	20,10		
D 8 2 9		3847	0008	2024	6,17		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					28,88		28,88

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 + **28,88**

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	09	2024	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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
D 8 7 8		3847	0008	2024	10,97		
D 8 7 8		3848	0008	2023	32,91		
E 1 3 6		3847	0008	2024	4,92		
E 1 3 6		3848	0008	2023	10,59		
TOTALE G					H		+/- 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	
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 + 59,39

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	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro _____	
1 6	0 9	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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
E 2 8 9		3845	0008	2024	69,00		
E 2 8 9		3846	0008	2023	22,00		
E 2 8 9		3847	0008	2024	419,56		
E 2 8 9		3848	0008	2023	971,72		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					1.482,28 H		+

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)
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 + 1.482,28

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
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
1 6	0 9	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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
E 5 3 6		3848	0008	2023	12,00		
E 7 3 0		3847	0008	2024	31,72		
E 7 3 0		3848	0008	2023	67,88		
E 8 4 4		3847	0008	2024	7,80		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					119,40		119,40

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)
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 + 119,40

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 9 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
E 8 4 4		3848	0008	2023	16,63		
F 0 2 9		3847	0008	2024	23,28		
F 0 2 9		3848	0008	2023	39,17		
F 0 8 3		3847	0008	2024	124,81		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					203,89 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 + **203,89**

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	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro _____	
1 6	0 9	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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
F 0 8 3		3848	0008	2023	337,74		
F 5 9 7		3847	0008	2024	22,89		
F 5 9 7		3848	0008	2023	50,07		
F 7 1 8		3847	0008	2024	21,02		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					431,72		431,72

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 + 431,72

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/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 0 9 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					+/- 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
F 7 1 8		3848	0008	2023	50,64		
G 2 0 5		3845	0008	2024	79,25		
G 2 0 5		3846	0008	2023	35,25		
G 2 0 5		3847	0008	2024	76,22		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					241,36 H		+ 241,36

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	
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 + 241,36

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 9 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
G 2 0 5		3848	0008	2023	179,70		
G 7 6 8		3845	0008	2024	35,00		
G 7 6 8		3847	0008	2024	4,94		
G 7 6 8		3848	0008	2023	10,28		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					229,92		229,92

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 + 229,92

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	
					<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro _____	
1 6	0 9	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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
H 3 0 2		3847	0008	2024	5,70		
H 3 0 2		3848	0008	2023	12,18		
H 8 9 6		3847	0008	2024	5,57		
H 8 9 6		3848	0008	2023	16,72		
TOTALE G					H		+/- 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	
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 + 40,17

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/SPORTELLLO	<input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale
1 6 0 9 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
H 9 4 5		3847	0008	2024	19,85		
H 9 4 5		3848	0008	2023	114,43		
H 9 4 5		3848	0008	2024	77,19		
I 1 1 0		3847	0008	2024	6,42		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					217,89 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 + **217,89**

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
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	
1 6	0 9	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					+/- 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
I 1 1 0		3848	0008	2023	13,16		
I 1 5 8		3847	0008	2024	3,58		
I 1 5 8		3848	0008	2023	10,73		
L 2 7 3		3847	0008	2024	3,53		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					31,00 H		+ 31,00

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 + 31,00

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 9 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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
L 2 7 3		3848	0008	2023	8,37		
L 7 6 2		3847	0008	2024	6,07		
L 7 6 2		3848	0008	2023	18,20		
M 1 8 5		3847	0008	2024	10,04		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					H		+
					42,68		42,68

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 + 42,68

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	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLO	n.ro _____	
1	6	09	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	Identificativo Operazione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
M 1 8 5		3848	0008	2023	22,05		
M 3 2 7		3847	0008	2024	2,32		
M 3 2 7		3848	0008	2023	6,96		
TOTALE G					31,33 H		+/- SALDO (G-H)
TOTALE G					31,33 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 + 31,33

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 9	2 0 2 4	02008	36750	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 13/09/2024 alle ore 17:12 con numero di protocollo 24091317123544118 riferito al file: Clienti16092024.ccf

Protocollo del pagamento : 24091317123544118 prog. 000010
Codice fiscale : 00516840378 - TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.
Data versamento : 16-09-2024
Importo versamento : E. 202.756,13 (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, 13/09/2024



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

Protocollo del pagamento : 24091317123544118 prog. 000010
Codice fiscale : 00516840378 - TRASCOOP E SERVIZI S.C.R.L.
Data addebito : 16-09-2024
Importo versamento : 202.756,13
Banca di addebito : 02008
Esito versamento : ADDEBITATO

Li, 19/09/2024