

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: INTESA SANPAOLO SPA

AGENZIA ANCONA CORSO STAMIRA

PROV. AN

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 01491360424 barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale nome
AGENZIA PER L INNOVAZIONE NEL SETTORE AGROALIMENTARE E DELLA prov.

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

DOMICILIO FISCALE OSIMO via e numero civico
AN Via T. EDISON, 2

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	1001	0006	2026	404,38		
codice ufficio	codice atto					+/- SALDO (A-B)
		TOTALE A		404,38 B		+ 404,38

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	
0300	CXX	60027OSIMO	06 2026	134,52		
0300	C10	60027OSIMO	06 2026	744,00		
						+/- SALDO (C-D)
		TOTALE C		878,52 D		+ 878,52

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
11	3858	0005	2026	296,14		
						+/- SALDO (E-F)
		TOTALE E		296,14 F		+ 296,14

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

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

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED 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	
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	+/- SALDO (M-N)
						TOTALE M	N	

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 1.579,04

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

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		☐ bancario/postale ☐ circolare/vaglia postale
			AZIENDA	CAB/SPORTELLLO	
giorno	mese	anno			
16	07	2026	03069	02609	
Pagamento effettuato con assegno n.ro _____ tratto / emesso su _____					cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

I T 86N0306902609100000300012

firma _____