Agenzia Entrate

Scadenza del 16-09-2026

Mod. **F24**

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: AGENZIA PER L INNOVAZIONE NEL SETTORE AGROALIMENTARE E DELLA

nome:

data di nascita (giorno, mese, anno):

sesso (M o F):

comune (o Stato estero) di nascita:

prov.:

DOMICILIO FISCALE

comune: OSIMO

prov.: AN

via e numero civico: 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	1001	0008	2026	404,32	
RITENUTE ALLA FONTE	1631		2025		400,47
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI	1704	0008	2026		59,59
TOTALE				A 404,32	B 460,06

codice ufficio

codice atto

+/- **SALDO (A-B)** - 55,74

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	C10	60027OSIMO	08 2026		744,00	
0300	CXX	60027OSIMO	08 2026		134,52	
TOTALE					C 878,52	D

+/- **SALDO (C-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	0008	2026	296,14	
TOTALE				E 296,14	F

+/- **SALDO (E-F)** + 296,14

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

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
TOTALE									G	H

detrazione

+/- **SALDO (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							
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)**

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 1.118,92

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

DATA giorno	mese	anno	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE AZIENDA	CAB/SPORTELLO
16	09	2026	03069	02609

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

☐ bancario/postale

☐ circolare/vaglia postale

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN IT 86N0306902609100000300012

firma

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

ZUCCHETTI S.p.A. - Piazza Mino Zucchetti, 1 - 26900 Lodi

Conforme al Provvedimento del 19/06/2013

MOD. F24 - 2013 EURO