



ESEMPIO F24

PER IL PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO ALL'ENTE BILATERALE



agenzia entrate Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A: _____

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO AGENZIA _____ PROV. _____

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE _____ barre in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____

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

giorno _____ mese _____ anno _____

DOMICILIO FISCALE

comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

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					
TOTALE B					
SALDO (A-B)					

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da min/aaaa a max/aaaa	Importi a debito versati	Importi a credito compensati	
TOTALE C						
TOTALE 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						
TOTALE F						
SALDO (E-F)						

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Rev. unific. vers. c.c.	Saldo annualità	codice tributo	IDENTIFICATIVO OPERAZIONE rateazione/ mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati	
TOTALE G								
TOTALE H								
SALDO (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							
TOTALE L							
SALDO (I-L)							

INAIL

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

FIRMA _____ **SALDO FINALE** _____ **EURO** + _____

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

DATA _____ CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE _____

giorno _____ mese _____ anno _____ AZIENDA _____ CAB/SPORTELLI _____

Pagamento effettuato con assegno bancario/postale circolare/vaglia postale

n.ro _____ tratta / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN _____ firma _____

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

DATI AZIENDALI

NON COMPILARE

NON COMPILARE

CODICE SEDE
Codice sede INPS di riferimento (es.: 7200 Salerno)*

CAUSALE CONTRIBUTO
Codice OBIL

MATRICOLA
Matricola INPS Aziendale

PERIODO
Periodo di riferimento del pagamento

IMPORTI
Il pagamento a debito annuo è stabilito in € 120 per ogni dipendente