



130/13

ESERCIZIO 20 13

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 335

I.N.P.S.

VISITE DI CONTROLLO

**AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.**

Sede legale ed amministrativa: 74100 TARANTO - Via C. Battisti, 657

Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247

Codice fiscale, Partita IVA e n° di iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733

Capita Sociale sottoscritto: € 5.497.272,00 - Capitale Sociale versato: € 8.381.881,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	0	335	07/03/2013			€ 566,77

IL CASSIERE
PAGHERA'
LA SOMMA DEL PRESENTE ORDINATIVO DI PAGAMENTO
A FAVORE DI:

I.N.P.S.

74100 ()

Partita IVA: 02121151001

CC 03.18;21.374

72

DICONSI EURO: cinquecentosessantasei,77

PAGAMENTO:

A MEZZO DELEGA BANCARIA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO



V.CONTROLLO CARAMIA + 8(F24/7800)

PAGAMENTO FATTURE N.

1227/P, 1437/P

IMPORTO LORDO	€	566,77
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	566,77

BENE FIRMA

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 566,77	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA			
ART.24 ST.	DISPONIBILITA'	€ 0,00	

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO

Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A:

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA

AGENZIA

AG. N.1 TARANTO

PROV.

TA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

Barrare in caso di anno d'imposta
non coincidente con anno solare

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto SpA

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

TARANTO

T A VIA CESARE BATTISTI, 657

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo

rateazione/
regione/ prov.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (A-B)

TOTALE A

B

codice ufficio

codice atto

SEZIONE INPS

codice
sedecausale
contributomatricola INPS/ codice INPS/
filiale aziendaperiodo di riferimento:
da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (C-D)

TOTALE C

566,77 D

566,77

SEZIONE REGIONI

codice
regione

codice tributo

rateazione

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (E-F)

TOTALE E

F

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/
codice comuneImmob. variabili
Riv. Acc. Saldonumero
immobili

codice tributo

rateazione

anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

SALDO (G-H)

TOTALE G

H

Detrazione ICI
abitazione principale

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

INAIL

codice sede posizione assicurativa
numero 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

FIRMA

A.M. p.a.
IL PRESIDENTE

SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di
erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO +

566,77

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

DATA

CODICE BANCA/ POSTE/ CONCESSIONARIO

AZIENDA

CAB/ SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

☐ bancario/ postale☐ circolare/ vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente bancario n°

cod. ABI CAB firma

1° COPIA PER LA BANCA/ POSTE/ CONCESSIONARIO

**AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.**

Sede legale ed amministrativa: 74100 TARANTO - Via C. Battisti, 657

Telefono 09973561 (5 linee urbane) - Fax 0997794247

Codice fiscale, Partita IVA e n° di iscrizione al Registro delle Imprese di Taranto 00146330733

Capita Sociale sottoscritto: € 5.497.272,00 - Capitale Sociale versato: € 8.381.881,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	0	335	07/03/2013			€ 566,77

**IL CASSIERE
PAGHERA'
LA SOMMA DEL PRESENTE ORDINATIVO DI PAGAMENTO
A FAVORE DI:**

I.N.P.S.

74100 ()

Partita IVA: 02121151001

CC 03.18;21.374

DICONSI EURO: cinquecentosessantasei,77

PAGAMENTO:

A MEZZO DELEGA BANCARIA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

V.CONTROLLO CARAMIA + 8(F24/7800)

PAGAMENTO FATTURE N.

1227/P, 1437/P

IMPORTO LORDO	€	566,77
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	566,77

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 566,77	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'	€ 0,00	
ART.24 ST.			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

INPS

Istituto Nazionale
Previdenza Sociale



Direzione Provinciale di

MATERA

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/00**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

AZ.MUNICIPALIZZATA TRASPORTI

VIA CESARE BATTISTI 657

74121 TARANTO TA

22 NOV 2012

Fattura N. **1227 / P** del **12.11.2012**

Richiesta di pagamento N. **661** del **12.11.2012**

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	LATERZA/DOMENICO	26.07.1969	109033	18.10.2012	68,24

Totale Euro	68,24
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	68,24

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello **F24** riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede **4700**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **78004496120066168**
Importi a debito versati **68,24**

Il Direttore Provinciale
LATELA VITO

Prot. N. **20450**
Del **21 NOV. 2012**

P	PRESIDENTE	☐
DG	DIRETTORE GENERALE	☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DT	DIRETTORE TECNICO	☐
DE	ESERCIZIO MOVIMENTO	☐
IAG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI	☐
IA	ACQUISTI/CONTRATTI	☐
IC	CONTABILITA'/BILANCIO	☐
IR	INFORMATICA	☐
IP	PERSONALE/RETRIBUZIONI	☐
IT	TECNICO	☐
APT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
IRG	RAZIONERIA/ECONOMATO	☐
STQ	STAFF QUALITA'	☐

RIC	N.IVA 2956
DATA DI REGISTR. 22 NOV 2012	



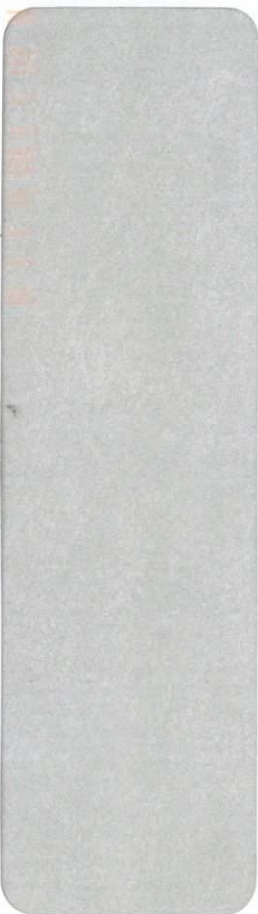
Sede di **MATERA**



050347



PB1DC0



INPS
Istituto Nazionale
Previdenza Sociale



Direzione Provinciale di
MATERA

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/00**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda
AZ.MUNICIPALIZZATA TRASPORTI
VIA CESARE BATTISTI 657
74121 TARANTO TA

22 NOV 2012

Fattura N. **1227 / P** del **12.11.2012**
Richiesta di pagamento N. **661** del **12.11.2012**

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	LATERZA/DOMENICO	26.07.1969	109033	18.10.2012	68,24

Totale Euro	68,24
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	68,24

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello **F24** riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede **4700**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **78004496120066168**
Importi a debito versati **68,24**

Il Direttore Provinciale
LATELA VITO

29 GEN. 2013

Prot. N. **20450**
Del **21 NOV. 2012**
P. PRESIDENTE ☐
DG. DIRETTORE GENERALE ☐
DA. DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT. DIRETTORE TECNICO ☐
DE. ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
DAG. AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☐
DA. ACQUISTI / CONTRATTI ☐
DC. CONTABILITA' / BILANCIO ☐
DI. INFORMATICA ☐
DP. PERSONALE / RETRIBUZIONI ☐
DT. TECNICO ☐
DEPT. PRODOTTI TRAFFICO ☐
DRG. RAGIONERIA / ECONOMATO ☐
STG. STAFF QUALITA' ☐
☐

RIC	N.IVA 2956
DATA DI REGISTR.	22 NOV 2012

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA
03 GEN. 2013

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione
DATA
03 GEN. 2013

FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA
23 NOV 2012

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA

FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA

FIRMA

UNITA' AA.GG. E PP.RR.
 verifica conferimento incarico

Conferimento del Prot.

IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.

DATA

FIRMA

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA

05.12.2012

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA

05.12.2012

FIRMA

UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Delib. C.A. n. del

Data scadenza pagamento

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

UFFICIO TECNICO

verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA

FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

INPSIstituto Nazionale
Previdenza SocialeDirezione Provinciale di
TARANTOP.Iva : **02121151001**C.F. : **80078750587**

Proh. N. **25073**
Data **30 NOV. 2012**
RF PRESIDENTE ☐
DIG DIRETTORE GENERALE ☐
DIA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DIT DIRETTORE TECNICO ☐
UE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG AFFARI GEN. P. R. SINISTRI ☐
UAG AGGIUSTI/CONTRATTI ☐
UAG CONTABILITA'/BILANCIO ☐
UIT INFORMATICA ☐
UP PERSONALE/RETRIBUZIONI ☐
UT TECNICO ☐
UEPT PRODOTTI TRAFFICO ☐
UERG RAGIONERIA/ECONOMATO ☐
STQ STAFF QUALITA' ☐

Matricola INPS : **7800449608/00**
Partita IVA : **00146330733**
Cod. Fiscale : **00146330733**All'azienda
SPA AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO
VIA CESARE BATTISTI 657
74121 TARANTO TA

10 DIC 2012

Fattura N. **1437 /P** del **26.11.2012**
Richiesta di pagamento N. **793** del **26.11.2012**

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate
su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	CARAMIA/VITTORIO	20.12.1969	190893	04.10.2012	52,40
2	RIZZUNI/FERDINANDO	27.11.1972	190938	05.10.2012	59,73
3	VENDOLA/FRANCESCO	12.06.1954	190939	05.10.2012	46,35
4	LO NOCE/ANNA	01.12.1972	190940	05.10.2012	59,73
5	BUONOCORE/PIETRO	16.03.1960	190959	08.10.2012	52,40
6	PULITO/SAVERIO	03.12.1952	191043	11.10.2012	60,84
7	MARINELLI/RAFFAELE	24.07.1960	191072	12.10.2012	52,40
8	CAPOZZA/GIOVANNI	05.02.1970	191073	12.10.2012	52,40
9	ZIZZI/ANTONIO	26.12.1973	191074	12.10.2012	60,47

Totale Euro	496,72
Bollo Euro	1,81
Importo da corrispondere Euro	498,53

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496120079391
Importi a debito versati	498,53

Il Direttore Provinciale
D.SSA MONICA LOGUERCIO

RIC	N.IVA 3092
DATA DI REGISTR.	13 DIC 2012

INPS

Istituto Nazionale
Previdenza Sociale



Sede di TARANTO, ufficio emittente: VMC
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.I.: 02121151001 | C.F.: 80078750587

Fattura n. 1437
del 26/11/2012

Spett.le AZIENDA PER LA MOBILITA NELL AREA DI TARANTO

VIA CESARE BATTISTI 657,
TARANTO (TA)

Partita IVA : 00146330733 Cod. fiscale : 00146330733

Descrizione : VISITA MEDICA DI CONTROLLO

Esente da IVA *	€	496,72
Imposta di bollo ***	€	1,81
TOTALE FATTURA	€	498,53

* Esente da IVA ai sensi dell'art.10 p. 18 del D.p.r. 633/72

*** Imposta di bollo assolta in modo virtuale Aut. n. 353963 del 18/11/2011 Ril. Agenzia delle Entrate DP I - UT Roma 1



Direzione Provinciale di
TARANTO

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Prot. N. 21073
Del 30 NOV. 2012
PR PRESIDENTE ☐
DG DIRETTORE GENERALE ☐
DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT DIRETTORE TECNICO ☐
UE SERVIZIO MOVIMENTO ☐
UAG AFFARI GEN. P. R. SINISTRI ☐
UM ACQUISIZ. CONTRATTI ☐
UC CONTABILITA' / BILANCIO ☐
UI INFORMATICA ☐
IP PERSONALE / RETRIBUZIONI ☐
UT TECNICO ☐
UPT PRODOTTI TRAFFICO ☐
URG RAGIONERIA / ECONOMATO ☐
STQ STAFF QUALITA' ☐

☐

Matricola INPS : 7800449608/00

Partita IVA : 00146330733

Cod. Fiscale : 00146330733

All'azienda
SPA AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL' AREA DI TARANTO
VIA CESARE BATTISTI 657
74121 TARANTO TA

10 DIC 2012 *[Signature]*

Fattura N. 1437 / P del 26.11.2012
Richiesta di pagamento N. 793 del 26.11.2012

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
✓1	CARAMIA/VITTORIO	20.12.1969	190893	04.10.2012	52,40
✓2	RIZZUNI/FERDINANDO	27.11.1972	190938	05.10.2012	59,73
3	VENDOLA/FRANCESCO	12.06.1954	190939	05.10.2012	46,35
✓4	LO NOCE/ANNA	01.12.1972	190940	05.10.2012	59,73
5	BUONOCORE/PIETRO	16.03.1960	190959	08.10.2012	52,40
✓6	PULITO/SAVERIO	03.12.1952	191043	11.10.2012	60,84
✓7	MARINELLI/RAFFAELE	24.07.1960	191072	12.10.2012	52,40
✓8	CAPOZZA/GIOVANNI	05.02.1970	191073	12.10.2012	52,40
✓9	ZIZZI/ANTONIO	26.12.1973	191074	12.10.2012	60,47

Totale Euro	496,72
Bollo Euro	1,81
Importo da corrispondere Euro	498,53

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

Imposta di bollo assolta in modo virtuale. Aut.n. 353963 del 18/11/2011 ril. Ag.delle Entrate DP I - UT Roma 1

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello **F24** riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496120079391
Importi a debito versati	498,53

Il Direttore Provinciale
D.SSA MONICA LOGUERCIO

RIC	N.IVA <u>3092</u>
DATA DI REGISTR. <u>13 DIC 2012</u>	

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n. _____ del _____

Delib. C.A. n. _____ del _____

Delib. C.A. n. _____ del _____

Delib. C.A. n. *000 47.24 Stat* del _____Data scadenza pagamento *06-12-12*DATA *10/11/13* L'ADDETTO AL RISCONTRO *[Signature]*
IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione
DATA *10/11/13* FIRMA *[Signature]*
UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA *17 DIC 2012* FIRMA DEL RESPONSABILE *[Signature]*
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA _____ FIRMA _____

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA
 verifica dati tecnici

Data scadenza pagamento

DATA _____ FIRMA _____

UNITA' AA.GG. E PP.RR.
 verifica conferimento incarico

Conferimento del Prot.

IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.

DATA _____ FIRMA _____

UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA *3.01.2013* FIRMA DEL RESPONSABILE *[Signature]*
IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione
DATA *3.01.2013* FIRMA *[Signature]*
UFFICIO MAGAZZINO

verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali

Contr. Rep. n. _____ del _____

Delib. C.A. n. _____ del _____

Delib. C.A. n. _____ del _____

Delib. C.A. n. _____ del _____

Data scadenza pagamento

DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____

IL RESP. UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____

UFFICIO TECNICO

verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
 per supervisione

DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____

NOTE:

Richiedente:56039072
Data Richiesta:08/03/2013
Data Spedizione:08/03/2013
Tipo Funzione:F24
Id. Flusso:13627309401921KHJW2K
Stato:SPEDITO
Primo Firmatario:ETTORE
Secondo Firmatario:
Abi Cab Numero Conto Tipo Conto :01030 15801 000000008768 CC

DELEGA IRREVOCABILE A: **BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.P.A.**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA **SUCCURSALE DI TARANTO**
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV. **TA**

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

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

DATI ANAGRAFICI

A.M.A.T. S.P.A.

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 **TARANTO**

T A

VIA CESARE BATTISTI, 657

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo

rateazione/regione/prov. / mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

0,00 B

0,00

SALDO (A-B)

0,00

SEZIONE INPS

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento: a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

7800

VMCF

78004496120079391

498,53

0,00

4700

VMCF

78004496120066168

68,24

0,00

SALDO (C-D)

TOTALE C

566,77 D

0,00

566,77

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

0,00 F

0,00

0,00

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune

Rango

Immobili

Area

Saldo

numero immobili

codice tributo

rateazione/ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

detrazione

0,00

TOTALE G

0,00 H

0,00

SALDO (G-H)

0,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede

codice ditta

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL

SALDO (I-L)

TOTALE I

0,00 L

0,00

0,00

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

0,00 N

0,00

0,00

SALDO FINALE

EURO +

566,77

ESTREMI DEL VERSAMENTO

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

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLO

Pagamento effettuato con assegno

n.ro

tratto / emesso su

cod. ABI

bancario/postale

circolare/vaglia postale

CAB

giorno mese anno
1 8 0 3 2 0 1 3

01030

15801

COPIA NON VALIDA COME ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO

COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO