



TG06/13

ESERCIZIO 20 13

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1412

S. RAFFAELLO CITTÀ DEL GOLFO

ACCENI. SANITARI

**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	1.412	30/10/2013			€ 42,30

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

S.RAFFAELE CITTADELLA CARITA'
P.LE CITTADELLA DELLA CARITA'1
74100 TARANTO (TA)
Partita IVA: 01051420733
CC 03.18;21.039

DICONSI EURO: quarantadue,30

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ACC.SANITARI D'APRILE C. 07/2013

PAGAMENTO FATTURE N.
337 MDL



IMPORTO LORDO	€	42,30
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	42,30

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 42,30	
	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

D 8.08/000 A 9072.11/000

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA

FILIALE 9601 TARANTO

NR. 0960102500055 DEL 8.11.13

ABI/CAB: 01030/15801

CRO: 13583750410

DATA ORDINE 8.11.13

ORDINANTE: AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TA

TARANTO

BANCA DEST: BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA
9602 TARANTO AG. 2

BENEFICIARIO: C/C 78215,59
SAN RAFFAELE CITTADELLA DELLA
BONCARITA'
TARANTO

VALUTA: 8.11.13

IMPORTO 42,30 COMMISSIONI

(PARI A LIRE 81.904

NOTE: FATT 337 MDL

0)

MANDATO NUM. 1412

GRUPPO BANCARIO MONTE PASCHI SIENA - BANCA 1030.6 -GRUPPO 103

**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	1.412	30/10/2013			€ 42,30

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

S.RAFFAELE CITTADELLA CARITA'
P.LE CITTADELLA DELLA CARITA'
74100 TARANTO (TA)
Partita IVA: 01051420733
CC 03.18;21.039

DICONSI EURO: quarantadue,30

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ACC.SANITARI D'APRILE C. 07/2013

PAGAMENTO FATTURE N.
337 MDL

IMPORTO LORDO	€	42,30
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	42,30

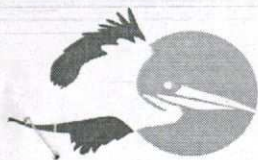
		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 42,30	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA			
ART.24 ST.	DISPONIBILITA'	€ 0,00	

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

09 AGO 2013

[Red signature]

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO (TA)
Cod.Fisc. **00146330733**
Part.IVA **00146330733**

Fattura N.	Data
337 MDL	31/07/2013

AMAT s.p.a. - Protocollo in Arrivo

Prot. N. **13156**
06 AGO. 2013

Del	
P	PRESIDENTE ☐
DG	DIRETTORE GENERALE ☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT	DIRETTORE TECNICO ☐
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☐
UA	ACQUISTI/CONTRATTI ☐
UC	CONTABILITA'/BILANCIO ☐
UI	INFORMATICA ☐
UP	PERSONALE/RETRIBUZIONI ☐
UT	TECNICO ☐
utPT	PRODOTTI TRAFFICO ☐
utRG	RAZIONERIA/ECONOMATO ☐
STQ	STAFF QUALITÀ ☐

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **luglio 2013**

Dal: **1-lug-13**

Al: **31-lug-13**

N.dipendenti **1**

N.Ordine **VISITE ASL (ulteriori accertamenti)**

SCONTO 10

IMPONIBILE € **47,00**

SCONTO € **4,70**

Totale € 42,30

Modalità di pagamento:

RIMESSA DIRETTA

BANCA: Monte dei Pachi di Siena

ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559

CIN:P

IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitareVi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

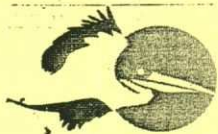
D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di legge.

RIC	N.IVA 2000
DATA DI REGISTR. 12 AGO 2013	

P.le Mons. Guglielmo Motolese n. 1 • 74123 TARANTO
Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732250 • P.IVA 01051420733 • C.F. 90014210737
cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it





SAN RAFFAELE
CITADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

09 AGO 2013

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO (TA)
Cod.Fisc. **00146330733**
Part.IVA **00146330733**

Fattura N.	Data
337 MDL	31/07/2013

AMAT s.p.a. - Protocollo in Arrivo

Prot. N. **13156**
06 AGO. 2013

Del	
P	PRESIDENTE ☐
DG	DIRETTORE GENERALE ☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT	DIRETTORE TECNICO ☐
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☐
UA	ACQUISTI/CONTRATTI ☐
UC	CONTABILITÀ/BILANCIO ☐
UI	INFORMATICA ☐
UP	PERSONALE/RETRIBUZIONI ☐
UT	TECNICO ☐
utPT	PRODOTTI TRAFFICO ☐
utRG	RAGIONERIA/ECONOMATO ☐
STQ	STAFF QUALITÀ ☐

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **luglio 2013** Dal: **1-lug-13** Al: **31-lug-13**

N.dipendenti **1**

N.Ordine **VISITE ASL (ulteriori accertamenti)**

SCONTO	10	IMPONIBILE	€	47,00
		SCONTO	€	4,70

Totale € **42,30**

Modalità di pagamento:

RIMESSA DIRETTA

BANCA:Monte dei Pachi di Siena

ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559 CIN:P

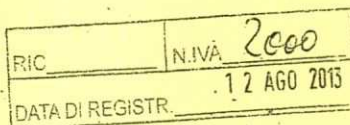
IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitare Vi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di legge.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni



P.le Mons. Guglielmo Motolese n. 1 • 74123 TARANTO
Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732250 • P.IVA 01051420733 • C.F. 90014210737
cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it



UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

DATA L'ADDETTO AL RISCONTRO

07 OTT. 2013

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA FIRMA

07 OTT. 2013

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

12 AGO 2013

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA FIRMA

31-10-13

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 FIRMA DEL RESPONSABILE

7.10.2013

IL RESP. UNITA' PERSONALE

per supervisione

DATA FIRMA

7.10.2013

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:



SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

ELENCO DIPENDENTI

NUMERO FATTURA	337	AZIENDA	ASL (AMAT ULTERIORI ACCERT.)	
D'APRILE	COSIMO		DPRCSM59C13L049Y	17/07/2013
Branca	Esame		Qta	Prezzo
CARDIOLOGIA	089611 MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE A		1	47
	Totale D'APRILE	COSIMO	1	47,00
Numero dipendenti	1	Totale Fattura	1	47,00