



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

1/289

ESERCIZIO 20 16

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 109/1

S. RAFFAELI

ESAMI CLINICI

**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

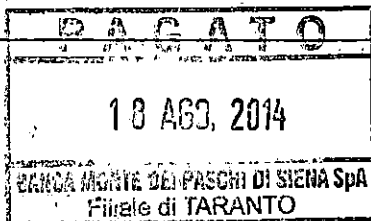
Capita Sociale sottoscritto: € 5.497.272,00 - Capitale Sociale versato: € 8.381.881,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	0	1.094	11/08/2014			€ 258,65

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: duecentocinquantotto,65****PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI****BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX****IBAN: IT35P0103015805000007821559****CAUSALE DEL PAGAMENTO****ESAMI CLINICI N.1 DIPEND. APR/14****PAGAMENTO FATTURE N.****181 MDL CIG 0358346478, 182 MDL CIG 0358346478**

IMPORTO LORDO	€	258,65
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	258,65



		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 258,65	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'	€ 0,00	
94/09			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

TARANTO

CONTO IN EURO

14:39 OP. EURO 18.08.14 9602 78215,59 960104800135 960
SAN RAFFAELE CITTADELLA DELLA CARIT
PIAZZALE MONS. GUGLIELMO MOTOLESE 1
74100 TARANTO TA

CREDITO

MANDATI DI PAGAMENTO

258,65 18.08.14

(PARI A LIRE

500.816)

AZIENDA PER LA MOBILITA' NEL/MAN.1094/ESAMI CLINICI N.1 DIPEND

**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: € 8.381.381,75

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

GESTIONE	ESERCIZIO	N. ORDINATIVO	DATA	COD.CASSA	COD.CASSA	IMPORTO ORDINATIVO
	0	1.094	11/08/2014			€ 258,65

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: duecentocinquattro,65

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ESAMI CLINICI N.1 DIPEND. APR/14

PAGAMENTO FATTURE N.

181 MDL CIG 0358346478, 182 MDL CIG 0358346478

IMPORTO LORDO	€	258,65
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	258,65

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 258,65	CASSA
	PREVISIONE	€ 0,00	CASSA
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	CASSA
	DISPONIBILITA'	€ 0,00	CASSA
ESTREMI DELIBERA			
94/09			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

13 MAG. 2014

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 65
74100 TARANTO (TA)
Cod.Fisc. **00146330733**
Part.IVA **00146330733**

AmAt
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **10531**
12 MAG. 2014

del
AD Amm.re Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistica ☐
UMT Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Gen. PP.RR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Staff Qualità ☐

Fattura N.	Data
181 MDL	30/04/2014

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: **aprile 2014** Dal: **1-apr-14** Al: **30-apr-14**
N.dipendenti **3**
N.Ordine

IMPONIBILE € **166,00**
€ **2,00**
Totale € 168,00

04 AGO 2014

Imposta di bollo

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.

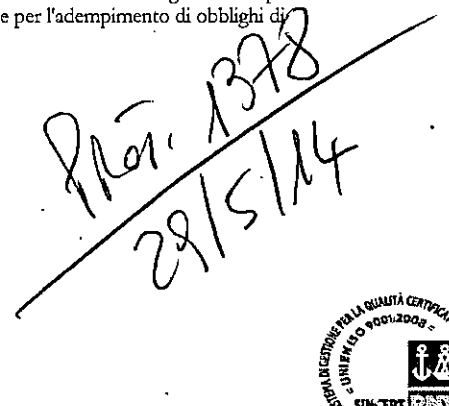
Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

Imposta di bollo su originale € 2,00



P.le Mons. Guglielmo
Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732
cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it

210737



ELENCO DIPENDENTI


SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
 FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

NUMERO FATTURA	181	AZIENDA	AMAT S.P.A.	
CAZZATO	LEONARDO	CZZLRD69E13L049X	01/04/2014	
Branca	Esame		Qta	Prezzo
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	ORVEQVISITA ORTOPEDICA CON QUESTIONARIO		1	32
Totale	CAZZATO	LEONARDO	1	32,00
DE PADOVA	VINCENZO	DPDVCN78C28E205L	01/04/2014	
Branca	Esame		Qta	Prezzo
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	ORVEQVISITA ORTOPEDICA CON QUESTIONARIO		1	32
Totale	DE PADOVA	VINCENZO	1	32,00
AUGENTI	NICOLA	GNTNCL71A19L049T	29/04/2014	
Branca	Esame		Qta	Prezzo
OTORINOLARINGOIATRIA	000897 VISITA OTORINOLARINGO		1	20
CARDIOLOGIA	008952 ELETTROCARDIOGRAMMA		1	12
CARDIOLOGIA	088723 ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA		1	70
Totale	AUGENTI	NICOLA	3	102,00
Numero dipendenti	3	Totale Fattura	5	166,00



SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
 FONDAZIONE IRETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

13 MAG. 2014

Spett.le: **AMAT S.P.A.**

VIA CESARE BATTISTI 65

74100 TARANTO (TA)

Cod.Fisc. **00146330733**

Part.IVA **00146330733**

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **10531**

del **12 MAG. 2014**

AD: Amministratore Delegato ☐
 DG: Direttore Generale ☐
 DA: Direttore Amministrativo ☐
 DT: Direttore Tecnico ☐
 UAP: Appalti / Contratti ☐
 UCM: Commerciale / Marketing ☐
 UOB: Contabilità Bilancio ☐
 UES: Esercizio / Sost. ☐
 UIS: Informatica / Statistica ☐
 UMT: Manutenzione / Tecnica ☐
 URU: Risorse Umane ☐
 UAG: Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRI ☐
 RAG: Ufficio Ragioneria ☐
 STQ: Staff Qualità ☐

Fattura N.	Data
181 MDL	30/04/2014

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: **aprile 2014**

Dal: **1-apr-14**

Al: **30-apr-14**

N.dipendenti **3**

N.Ordine

IMPONIBILE € **166,00**

Imposta di bollo

€ **2,00**

Totale € **168,00**

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

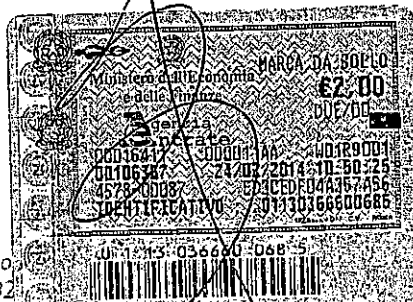
Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitare Vi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

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

Imposta di bollo su originale € 2,00



P.le Mons. Guglielmo

Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732

cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it

210737



VISTO

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°	94 del 09
Data scadenza pagamento 30/5/14	
DATA 07 AUG. 2014	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA 07 AUG. 2014	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA 11.06.2014	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA 11.06.2014	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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA 5 GIU 2014	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 TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

CIG. 0358346478

SAN RAFFAELE
CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

13 MAG. 2014

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

Amat
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **10530**

del: **17 MAG. 2014**

AD	Amm.re Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contabilità Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sosta	☐
UIS	Informatica / Statistica	☐
UMT	Manutenzione / Tecnica	☐
URU	Risorse Umane	☐
UAG	Affari Gen. PP.RR. SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Staff Qualità	☐

Fattura N.	Data
182 MDL	30/04/2014

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: **aprile 2014** Dal: **1-apr-14** Al: **30-apr-14**
N.dipendenti **1**
N.Ordine **VISITE ASL**

SCONTO	10	IMPONIBILE	€	98,50
		SCONTO	€	9,85
Imposta di bollo				2,00
		Totale	€	90,65

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 addebitarVi 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

Imposta di bollo su originale € 2,00



P.le Mons. Guglielmo /
Tel. 099.4732111 • Fax 099.473222 • 099.473233 • C.F. 90014210737
cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it

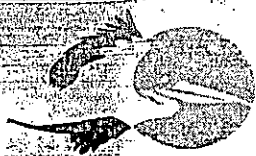


Handwritten: P. 1381 / 28/5/14

ELENCO DIPENDENTI

SAN RAFFAELE
TADELLA DELLA CARITÀ
 FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

NUMERO FATTURA	182	AZIENDA	ASL TA AMAT		
SPERTI	MASSIMO		SPRMSM70H05L049Z	29/04/2014	
Branca	Esame			Qta	Prezzo
OTORINOLARINGOIATRIA	000897 VISITA OTORINOLARINGO			1	22
CARDIOLOGIA	008952 ELETTROCARDIOGRAMMA			1	12
OCULISTICA	009502 VISITA OCULISTICA(COMPLESSIVO OCCHIO)			1	22
RADIOLOGICA	087441 RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS			1	18
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090045 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]			1	3
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090092 ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]			1	3
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090163 CREATININA [S/U/DU/LA]			1	2,5
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090271 GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]			1	2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090443 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO			1	3
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090622 EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.			1	5,5
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090825 VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)			1	2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	091492 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO			1	3,5
Totale	SPERTI	MASSIMO		12	98,50
Numero dipendenti	1	Totale Fattura		12	98,50



SAN RAFFAELE
CITTÀ DELLA CARITÀ
 FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

13 MAG. 2014

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

Fattura N.	Data
182 MDL	30/04/2014

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Procl. n. **10530**

del **12 MAG. 2014**

AD Amm.re Delegato	☐
DG Direttore Generale	☐
DA Direttore Amministrativo	☐
DT Direttore Tecnico	☐
UAP Appalti / Contratti	☐
UCM Commerciale / Marketing	☐
UCB Contabilità Bilancio	☐
UES Esercizio / Sosta	☐
UIS Informatica / Statistica	☐
UMT Manutenzione / Tecnica	☐
URU Risorse Umane	☐
UAG Affari Gen. PPRR, SINISTRI	☐
RAG Ufficio Ragioneria	☐
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: **aprile 2014** Dal: **1-apr-14** Al: **30-apr-14**

N.dipendenti **1**

N.Ordine **VISITE ASL**

SCONTO	10	IMPONIBILE	€	98,50
		SCONTO	€	9,85
Imposta di bollo				2,00
		Totale	€	90,65

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

Imposta di bollo su originale €2,00



P.le Mons. Guglielmo
 Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732222
 cittadella@cittadelladellacarita.it • www.cittadelladellacarita.it

Handwritten: 1381
 28/5/14
 SINCERT logo

VISTO

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°	94 del 09
Data scadenza pagamento 30/5/14	
DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
07 lug. 2014	
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
07 lug. 2014	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
11.06.2014	
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA	FIRMA
11.06.2014	

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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
5/6/2014	
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA

UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

UNITA' AA.GG. E PP.RR. verifica conferimento incarico	
Conferimento del Prot.	
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.	
DATA	FIRMA

NOTE:

CIG 0358346678