



T207/18

ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 443

INPS - CASERACANTATA

VISTA FISCALIS MP

**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
	2018	443	09/03/2018			129,27

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

I.N.P.S. SEDE DI CASTELLANETA

VIA CIRO IL GRANDE 21

00144 ROMA (RM)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: centoventinove e 27 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 1291/P del 27/10/2017

PAGAMENTO FATTURE N.

1292/P, 1291/P

IMPORTO LORDO	129,27
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	129,27

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	129,27		
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

CASTELLANETA

Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/04

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA**VIA CESARE BATTISTI N. 657****74121 TARANTO (TA)**

Fattura Num. 1292 /P del 27.10.2017

Pagina 1 di 1

Richiesta di pagamento Num. 736 del 27.10.2017

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:

Prq.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	BIANCO / GIUSEPPE	30.12.1968	224748	25.08.2017	61,40

Importo Totale Euro	61,40
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	61,40

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496170073684
Importi a debito versati	61,40

Autentica per la validità dell'originale di deposito

Prot. n.

del

07 NOV. 2017

- AD Amministratore Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UAP Appalti / Contratti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCB Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Società ☐
- UIS Informatica / Sistemi ☐
- UIT Infrastrutture / Tecnica ☐
- URU Personale ☐
- UAG Affari Gen. PPST / SOSTR. ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Servizi Qualità ☐

Prot. 44 DEL 08/02/2018

FIRV. 15521 DEL 31/12/2017



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

CASTELLANETA

Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA

P.Iva : 02121151001

C.F. : 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/04

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1292 /P del 27.10.2017

Richiesta di pagamento Num. 736 del 27.10.2017

Pagina 1 di 1

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	BIANCO / GIUSEPPE	30.12.1968	224748	25.08.2017	61,40

Importo Totale Euro	61,40
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	61,40

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 7800
Causale contributo VMCF
Codice INPS 78004496170073684
Importi a debito versati 61,40

Autentica per la validazione del Conto di Prestito

Pres. n. 18771

Del 07 NOV. 2017

Pres. 44 DEL 08/02/2018

FIRV. 15521 DEL 31/12/2017

AD Amministratore Delegato ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
DT Direttore Tecnico ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Società ☐
UIS Informatica / Sistemi ☐
UIT Infrastrutture / Trasporti ☐
URU Pagine Gialle ☐
UAG Agenzia di Pubb. Rel. ☐
RAG Ufficio Registrazioni ☐
STQ Servizi Clienti ☐

V I S T I

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 7-11-17	
DATA 16 FEB, 2018	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA 16/02/18	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA 13.02.2018	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA 13.02.2018	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 08 FEB, 2018	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA 08-03-18	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:

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

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 780001 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.25/08/2017.0264841

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : BIANCO

Nome : GIUSEPPE

Sesso : M

BNCGPP68T30G251V

Data Nascita : 30/12/1968

Comune di nascita : PALAGIANELLO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi

Visita Domiciliare n. : 224748

Data Visita : 25/08/2017

Ora Visita : 17:05

Data scadenza prognosi medico di controllo : 25/08/2017

Esito Visita : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi

AMAT
Ambiente e mobilità nell'area di TarantoFm. n. 11527
28 AGO 2017

- SA Amministrazione Delegata ☐
- SA Direzione Generale ☐
- SA Direzione Amministrativa ☐
- SA Direzione Tecnica ☐
- SA Appalti / Contratti ☐
- SA Commerciale / Marketing ☐
- SA Contabilità Bilancio ☐
- SA Esercizio / Scelte ☐
- SA Informatica / Statistica ☐
- SA Organizzazione / Tecnica ☐
- SA Risorse Umane ☒
- SA Affari Gen. PP.PP. SINISTRI ☐
- SA Ufficio Ragioneria ☐
- SA Staff Qualità ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Richiesta di Visita Medica di Controllo**

Alla Sede INPS: 780001 - CASTELLANETA

Protocollo: INPS.7800.25/08/2017.0264841

Ai sensi della normativa in vigore sul controllo dello stato di salute del lavoratore in malattia, il sottoscritto: **RAFFAELE AMODIO** chiede di voler procedere a visita medica domiciliare/ambulatoriale di controllo sullo stato di salute del lavoratore sotto citato, il quale ha comunicato di essere ammalato. Il datore di lavoro, su dichiarazione del sottoscritto, con ciò si impegna a rimborsare all'INPS il costo del servizio reso dietro richiesta di pagamento da parte dell'Istituto.

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Partita IVA : 00146330733

Matricola INPS : 7800449608

Denominazione : AMAT SPA

Forma giuridica : S.P.A.

Autocertificazione ai sensi del T.U. n. 445/2000:

L'azienda richiedente INTRATTIENE rapporto con l'Istituto attraverso la produzione del DM.

L'azienda dichiara di NON ESSERE una Pubblica Amministrazione

L'azienda dichiara che per lo stesso lavoratore NON E' STATA richiesta altra visita nello stesso giorno

Indirizzo

Indirizzo : VIA CESARE BATTISTI N. 657

CAP : 74121

Comune : TARANTO

Provincia : TA

Telefono : 0997356208

E-Mail : AMAT@AMAT.TA.IT

Fax : 0997794247

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : BIANCO

Nome : GIUSEPPE

Sesso : M

BNCGPP68T30G251V

Data Nascita : 30/12/1968

Comune di nascita : PALAGIANELLO

Provincia di nascita TA

Indirizzo di residenza

Indirizzo : VIA MARGHERITA N. 1

CAP : 74018

Comune : PALAGIANELLO

Provincia : TA

Dati relativi alla visita

Il lavoratore sopra indicato ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'INPS.

Tipo Visita : Domiciliare

Data Visita : 25/08/2017

Ora Visita : Pomeridiana

Data Richiesta : 25/08/2017

Ora Richiesta : 11.11

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : 24/08/2017 Data Fine Malattia : 25/08/2017 La malattia NON E' intervenuta in un periodo di ferie.



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

CASTELLANETA

Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA

P.Iva: 02121151001

C.F.: 80078750587

Matricola INPS : 7800449608/02

Partita IVA : 00146330733

Codice Fiscale : 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda :

SPA SOC. U AMAT

VIA BATTISTI 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1291 /P del 27.10.2017

Pagina 1 di 1

Fichiesta di pagamento Num. 735 del 27.10.2017

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	MASSARO / GIUSEPPE	17.07.1987	224652	19.08.2017	67,87

Importo Totale Euro	67,87
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	67,87

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	7800
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496170073583
Importi a debito versati	67,87

Adesione per la rinuncia nell'anno di lavoro

Prot. n.

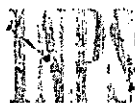
18772

Del 07 NOV 2017

- AD Amministratore Delegato ☐
- DG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- UAP Appalti / Contratti ☐
- UCM Commerciale / Marketing ☐
- UCB Contabilità Bilancio ☐
- UES Esercizio / Sostit. ☐
- UIS Informatica / Statistica ☐
- UNIT Istruzione / Ricerca ☐
- URU Pagine Umane ☐
- UAG Affari Gen. OPPR. SOST. ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STQ Staff Qualità ☐

PROF. L.S. DEL 08/02/2018

FIRMA 15542 DEL 30/12/2017



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Sede di

CASTELLANETA

Sede legale: Via Ciri il Grande, 21 - 00144 ROMA

P.Iva: 02121151001

C.F.: 80078750587

Matricola INPS: 7800449608/02

Partita IVA: 00146330733

Codice Fiscale: 00146330733

Mod. Fatt.VMC-2014-1

All'azienda:

SPA SOC. U AMAT

VIA BATTISTI 657

74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 1291/P del 27.10.2017

Pagina 1 di 1

Fattura di pagamento Num. 735 del 27.10.2017

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	MASSARO / GIUSEPPE	17.07.1957	224652	19.08.2017	67,87

Importo Totale Euro	67,87
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	67,87

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	7806
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78004496176073583
Importo a debito versati	67,87

Seleziona per la mobilità nell'area di lavoro

Post. n.

18772

dal 07 NOV 2017

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
UAP	Appalti / Contratti	☐
UCM	Commerciale / Marketing	☐
UCB	Contributi Bilancio	☐
UES	Esercizio / Sorveglianza	☐
UIS	Informatica / Sistemi	☐
UAT	Manutenzione / Tecnica	☐
UPU	Procedura Unica	☐
UAG	Atti Gen. P.R. S. S. S. S. S.	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STQ	Stato Quota	☐

Prot. 25 del 08/02/2018

FIRMA 15542 del 30/12/2017

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

16 FEB. 2018

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA

FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA

08 FEB. 2018

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

13.02.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA

13.02.2018

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:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 780001 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.18/08/2017.0260570

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MASSARO

Nome : GIUSEPPE

Sesso : M

MSSGPP87L17A662Q

Data Nascita : 17/07/1987

Comune di nascita : BARI

Provincia di nascita BA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi

Visita Domiciliare n. : 224652

Visita : 19/08/2017

Ora Visita : 11:58

scadenza prognosi medico di controllo : 19/08/2017

Esito Visita : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi

~~AMAT~~
Permessi per mobilità nell'area di Taranto

Per. n.

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di

di



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Richiesta di Visita Medica di Controllo



Alla Sede INPS: 780001 - CASTELLANETA

Protocollo: INPS.7800.18/08/2017.0260570

Ai sensi della normativa in vigore sul controllo dello stato di salute del lavoratore in malattia, il sottoscritto: **RAFFAELE AMODIO** chiede di voler procedere a visita medica domiciliare/ambulatoriale di controllo sullo stato di salute del lavoratore sotto citato, il quale ha comunicato di essere ammalato. Il datore di lavoro, su dichiarazione del sottoscritto, con ciò si impegna a rimborsare all'INPS il costo del servizio reso dietro richiesta di pagamento da parte dell'Istituto.

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Partita IVA : 00146330733

Matricola INPS : 7800449608

Denominazione : AMAT

Forma giuridica : SPA SOC. UN.

Autocertificazione ai sensi del T.U. n. 445/2000:

L'azienda richiedente INTRATTIENE rapporto con l'Istituto attraverso la produzione del DM.

L'azienda dichiara di NON ESSERE una Pubblica Amministrazione

L'azienda dichiara che per lo stesso lavoratore NON E' STATA richiesta altra visita nello stesso giorno

Indirizzo

Indirizzo : VIA BATTISTI 657

CAP : 74121

Comune : TARANTO

Provincia : TA

Telefono : 0997356232

E-Mail : AMAT@AMAT.TA.IT

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MASSARO

Nome : GIUSEPPE

Sesso : M

MSSGPP87L17A662Q

Data Nascita : 17/07/1987

Comune di nascita : BARI

Provincia di nascita BA

Indirizzo di residenza

Indirizzo : VIA BRINDISI, N.26/A

CAP : 74016

Comune : MASSAFRA

Provincia : TA

Dati relativi alla visita

Il lavoratore sopra indicato ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'INPS.

Tipo Visita : Domiciliare

Data Visita : 19/08/2017

Ora Visita : Antimeridiana

Data Richiesta : 18/08/2017

Ora Richiesta : 10.49

Senza obbligo al rispetto della data e della fascia oraria

Data Inizio Malattia : 16/08/2017

Data Fine Malattia : 19/08/2017

La malattia NON E' intervenuta in un periodo di ferie.

RAFFAELE AMODIO

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE									
CODICE FISCALE		0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3						banca in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare	
DATI ANAGRAFICI									
Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto									
data di nascita giorno mese anno Sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita prov.									
DOMICILIO FISCALE TARANTO T A Via Cesare Battisti 657									
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare									
SEZIONE IRARIO									
		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		B			
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	78004496170077422	00/0000	00/0000	234 7,9	0 0,0			
7800	VMCF	78004496170077523	00/0000	00/0000	185 7,1	0 0,0			
7800	VMCF	78004496170073684	00/0000	00/0000	61 4,0	0 0,0			
7800	VMCF	78004496170073583	00/0000	00/0000	67 8,7	0 0,0	SALDO (C-D)		
TOTALE C					549 7,7	0 0,0	549 7,7		
SEZIONE REGIONI									
codice regione	codice tributo	rateazione/regione/prov. mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati				
						SALDO (E-F)			
TOTALE E					F				
SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI									
codice ente/codice comune	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			
							SALDO (G-H)		
TOTALE 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			
INAIL							SALDO (I-L)		
TOTALE I					L				
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					N				
FIRMA									
SALDO FINALE									
EURO + 549 7,7									

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)									
DATA		CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento presentato alla banca il 09/03/2018 Conto: G 01030 15801 000000008768 Delega Inoltrata					
giorno	mese	anno							
1	6	0	3	2	0	1	8	01030	15801

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA