

1304/18



ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 618

INPS. TARIFFA

V. ESACI

**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

Capitale 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	618	19/04/2018			255,60

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

I.N.P.S.-Direzione Subprov.le Manduria

VIA ANTONIO BRUNO, 124

74024 MANDURIA (TA)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: duecentocinquantacinque e 60 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 386/P del 05/12/2017

PAGAMENTO FATTURE N.

387/P, 386/P

IMPORTO LORDO

255,60

TOTALE RITENUTE

0,00

IMPORTO

255,60

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	255,60		
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

INPS

Istituto Nazionale
Previdenza Sociale



Direzione Subprovinciale di
MANDURIA

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/02**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO TA

Fattura N. **386 / P** del **05.12.2017**
Richiesta di pagamento N. **181** del **05.12.2017**

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	MAIORANO/EMILIO	15.11.1962	39498	10.09.2017	70,46
2	GIORGINO/GIOVANNI	17.04.1968	39542	15.09.2017	71,63
3	TOMASELLI/GIUSEPPE NICOLA	01.05.1965	39600	28.09.2017	63,53

Totale Euro	205,62
Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	207,62

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 -

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con r F24 riportando nella sezione INPS i seguenti d

Codice Sede **7890**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **78904496170018132**
Importi a debito versati **207,62**

AMAT
Punto per la mobilità nell'area di Taranto

Pr. A. **3653**
Data **21 FEB. 2018**

- 113 Amm.re Delegato ☐
- ES Direttore Generale ☐
- 114 Direttore Amministrativo ☐
- 115 Direttore Tecnico ☐
- 116 Appalti / Contratti ☐
- 117 Commerciale / Marketing ☐
- 118 Contabilità Bilancio ☐
- 119 Esercizio / Sosta ☐
- 120 Informatica / Statistica ☐
- 121 Manutenzione / Tecnica ☐
- 122 Risorse Umane ☐
- 123 Area Cont. P. R. SINISTRI ☐
- RAG Ufficio Ragioneria ☐
- STO Staff Qualità ☐

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

FFC.

52.95.0004 ES.3 AR1/10
40.05.0004 FFC.

RIC	N. IVA 112
DATA DI REGISTRAZIONE 29/02/18	

PRV. 158 24 081 31/02/17



Direzione Subprovinciale di

MANDURIA

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/02**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657

74121 TARANTO TA

Fattura N. **386 / P** del **05.12.2017**
Richiesta di pagamento N. **181** del **05.12.2017**

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	MAIORANO/EMILIO	15.11.1962	39498	10.09.2017	70,46
2	GIORGINO/GIOVANNI	17.04.1968	39542	15.09.2017	71,63
3	TOMASELLI/GIUSEPPE NICOLA	01.05.1965	39600	28.09.2017	63,53

Totale Euro	205,62
Bollo Euro	2,00
Importo da corrispondere Euro	207,62

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 -

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con r F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati	
Codice Sede	7890
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78904496170018132
Importi a debito versati	207,62

Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n.

3653

Del

21 FEB. 2018

- AD Amministratore Delegato ☐
- AG Direttore Generale ☐
- DA Direttore Amministrativo ☐
- DT Direttore Tecnico ☐
- AP Appalti / Contratti ☐
- CM Commerciale / Marketing ☐
- CS Contabilità Bilancio ☐
- ES Esenzioni / Sostituzioni ☐
- IS Informatica / Statistica ☐
- PT Manutenzione / Tecnica ☐
- RI Risorse Umane ☐
- RA Relazioni con la Pubblica Amministrazione ☐
- RAA Ufficio Ragioneria ☐
- STO Staff Qualità ☐

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

FFC.

52.95.0004 ES.3 AR.11
10.05.0004 FFC.

RIC	01/01/112
DATA DI REGISTRAZIONE 29/03/18	

PRV. 158 24 SET 31/12/17

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
09 APR. 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

19 MAR. 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

21.03.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA

21.03.2018

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:



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.27/09/2017.0049561

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale: 00146330733

Denominazione: AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale: TMSGPP65E011018Q Cognome: TOMASELLI

Nome: GIUSEPPE NICOLA

Sesso: M

Data Nascita: 01/05/1965

Comune di nascita: SAN MARZANO DI SAN GIUSEPPE Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

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

Visita Domiciliare n.: 39600

Data Visita: 28/09/2017

Ora Visita: 17:00

ta scadenza prognosi medico di controllo: 29/09/2017

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

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Foto n.

25 OTT. 2017

SA

AB	Azienda Delegata	☐
IS	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
AC	Appalti / Contratti	☐
CM	Commerciale / Marketing	☐
CB	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esercizio / Sosta	☐
SI	Informatica / Statistica	☐
MT	Manutenzione / Tecnica	☐
RU	Risorse Umane	☒
AC	Azienda Con. P.O.R. SANITARIA	☐
AG	Ufficio Ragioneria	☐
ST	Stato Qualità	☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.15/09/2017.0047453

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : GIORGINO

Nome : GIOVANNI

Sesso : M

GRGGNN68D17E995Z

Data Nascita : 17/04/1968

Comune di nascita : MARUGGIO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito .

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

Visita Domiciliare n. : 39542

Data Visita : 15/09/2017

Ora Visita : 18:22

Data scadenza prognosi medico di controllo : 15/09/2017

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

Amat
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **15795**

18 SET. 2017

AD	Amministratore Delegato	☐
DS	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	☐
UAC	Affari Con. e P.R. SINISTRI	☐
RAG	Ufficio Ragioneria	☐
STM	Staff Qualità	☐

 Servizi per le aziende ed i consulenti

Esito di Visita Medica di Controllo



Sede INPS: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.07/09/2017.0046311

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MAIORANO

Nome : EMILIO

Sesso : M

MRNMLE62S15E995J

Data Nascita : 15/11/1962

Comune di nascita : MARUGGIO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visita non espletata a motivo di fatti logistici o personali del lavoratore (ad esempio: impossibilità a reperire l'abitazione; impossibilità ad accedere al domicilio; impossibilità a lasciare invito a visita; avvenuta ripresa lavoro; lavoratore in ferie; rifiuto a farsi visitare ecc...)

Visita Domiciliare n. : 39498

Data Visita : 10/09/2017

Ora Visita : 17:29

Esito Visita : Visita non espletata a motivo di fatti logistici o personali del lavoratore (ad esempio: impossibilità a reperire l'abitazione; impossibilità ad accedere al domicilio; impossibilità a lasciare invito a visita; avvenuta ripresa lavoro; lavoratore in ferie; rifiuto a farsi visitare ecc...)



Aiutaci a migliorare questa pagina



Scopri come usare il portale

Direzione Subprovinciale di
MANDURIA

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/03**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

247923

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657A

74121 TARANTO TA

Fattura N. **387 /P** del **05.12.2017**

Richiesta di pagamento N. **182** del **05.12.2017**

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	DE PADOVA/VINCENZO	28.03.1978	39500	08.09.2017	47,98

Totale Euro	47,98
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	47,98

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 r F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati	
Codice Sede	7890
Causale contributo	VMCF
Codice INPS	78904496170018233
Importi a debito versati	47,98

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Prov. n. **3654**
Data **21 FEB. 2018**

- ☐ AD Amministratore Delegato
- ☐ DG Direttore Generale
- ☐ DA Direttore Amministrativo
- ☐ DT Direttore Tecnico
- ☐ AP Appalti / Contratti
- ☐ CM Commerciale / Marketing
- ☐ CB Contabilità Bilancio
- ☐ ES Esercizio / Sosta
- ☐ IS Informatica / Statistica
- ☐ MT Manutenzione / Tecnica
- ☐ RU Risorse Umane
- ☐ SIC Servizi Clienti SINISTRI
- ☐ RG Ufficio Ragioneria
- ☐ SQ Staff Qualità

RIC _____ N. IVA **111**
DATA DI REGISTRAZIONE **19/02/18**
FIRMA: **15823 DEL 31/12/17**



Direzione Subprovinciale di

MANDURIA

P.Iva : **02121151001**

C.F. : **80078750587**

Matricola INPS : **7800449608/03**

Partita IVA : **00146330733**

Cod. Fiscale : **00146330733**

All'azienda

S.P.A. AMAT SPA

VIA CESARE BATTISTI N. 657A

74121 TARANTO TA

Fattura N. **387 /P** del **05.12.2017**

Richiesta di pagamento N. **182** del **05.12.2017**

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

Prg.	Cognome/nome del lavoratore	Data di nascita	Numero refert	Data della visita	Importo
1	DE PADOVA/VINCENZO	28.03.1978	39500	08.09.2017	47,98

Totale Euro	47,98
Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	47,98

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 il F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede **7890**
Causale contributo **VMCF**
Codice INPS **78904496170018233**
Importi a debito versati **47,98**

Il Direttore Subprovinciale
GIANPIERO ANDRISANO

AMAS
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Firma n. **3654**
del **21 FEB. 2018**

- ☐ AD Amministratore Delegato
- ☐ DG Direttore Generale
- ☐ DA Direttore Amministrativo
- ☐ DT Direttore Tecnico
- ☐ AP Aperta / Contratti
- ☐ CM Commerciale / Marketing
- ☐ CB Contabile / Bilancio
- ☐ ES Esercizio / Sosta
- ☐ IS Informatica / Statistica
- ☐ MT Manutenzione / Tecnica
- ☐ RI Risorsa Umana
- ☐ SC SCOLARATO SINISTRI
- ☐ RP Ufficio Regionale
- ☐ SA Sanità Occupazionale

RIC **111**
DATA DI REGISTRAZIONE **19/02/18**

FIR. 15823 02131/21/17

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 09 APR. 2018

L'ADDETTO AL RISCONTRO

 IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA

FIRMA

03/05/18

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA

19 MAR. 2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA

19-dic-18

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

21.03.2018

FIRMA DEL RESPONSABILE

 IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA

21.03.2018

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:



Sede INPS: 789000 - MANDURIA

Protocollo: INPS.7890.07/09/2017.0046319

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : DE PADOVA

Nome : VINCENZO

Sesso : M

DPDVCN78C28E205L

Data Nascita : 28/03/1978

Comune di nascita : GROTTAGLIE

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visita non espletata a motivo di fatti logistici o personali del lavoratore (ad esempio: impossibilità a reperire l'abitazione; impossibilità ad accedere al domicilio; impossibilità a lasciare invito a visita; avvenuta ripresa lavoro; lavoratore in ferie; rifiuto a farsi visitare ecc...)

Visita Domiciliare n. : 39500

Data Visita : 08/09/2017

Ora Visita : 11:29

Esito Visita : Visita non espletata a motivo di fatti logistici o personali del lavoratore (ad esempio: impossibilità a reperire l'abitazione; impossibilità ad accedere al domicilio; impossibilità a lasciare invito a visita; avvenuta ripresa lavoro; lavoratore in ferie; rifiuto a farsi visitare ecc...)

4

AMAT
Venda per la mobilità nell'area di Taranto

Fid. n.

15293

del

11 SET. 2017

- ☐ Amministratore Delegato
- ☐ Direttore Generale
- ☐ Direttore Amministrativo
- ☐ Direttore Tecnico
- ☐ Appalti / Contratti
- ☐ Commerciale / Marketing
- ☐ Contabilità Financio
- ☐ Esercizio / Sosta
- ☐ Informatica / Statistica
- ☐ Manutenzione / Tecnica
- ☐ Risorse Umane
- ☐ Affari Con. P.P.R. SINISTRI
- ☐ Ufficio Regionale
- ☐ Staff Qualità

Handwritten signature

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE										
CODICE FISCALE		0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3						banare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare		
DATI ANAGRAFICI		Az. per la Mobilita nell'Area di Taranto data di nascita: _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____ via e numero civico _____								
DOMICILIO FISCALE		TARANTO						T A Via Cesare Battisti 657		
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare		_____								
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 _____									Σ/ SALDO (A-B)	
		TOTALE A			B					
SEZIONE INPS										
codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa		Importi a debito versati		Importi a credito compensati			
7890	VMCF	78904496170018233	00 0000 00 0000		47 9 8		0 0 0			
7890	VMCF	78904496170018132	00 0000 00 0000		207 6 2		0 0 0			
									Σ/ SALDO (C-D)	
		TOTALE C			D		E			
SEZIONE REGIONI										
codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati		Importi a credito compensati				
								Σ/ SALDO (E-F)		
		TOTALE E			F					
SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI										
codice ente/codice comune	Immob. vers. Acc. Sello	numero immobili	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati		Importi a credito compensati		
detrazione									Σ/ SALDO (G-H)	
		TOTALE G			H					
SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI										
INAIL		codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	Importi a debito versati		Importi a credito compensati	
									Σ/ SALDO (I-L)	
		TOTALE I			J					
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		
									Σ/ SALDO (M-N)	
		TOTALE M			N					
FIRMA										
		SALDO FINALE								
		EURO + 255,610								
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 19/04/2018				
		AZIENDA		CAB/SPORTELLI		Conto: G 01030 15801 000000008768				
giorno	mes	anno				Delega Inoltrata				
2	3	0	4	2	0	1	8	01030	15801	
PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA										