

11/5/19



ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 277

AN. CONVERSANO RITA

UND CARICA 10/1/19

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
	2019	277	27/02/2019			1.458,00

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

CONVERSANO ANITA
 AVVOCATO
 VIA LUCANIA, 116
 74121 TARANTO (TA)
 Partita IVA: 03030470730 C.F. CNVNTA87D70L049D
 CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: millequattrocentocinquantotto e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

UNICREDIT

IBAN: IT64D0200815818000103538431

CAUSALE DEL PAGAMENTO

COMPENSO IND.CARICA FEBB/19

PAGAMENTO FATTURE N.

5

IMPORTO LORDO	1.458,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	1.458,00

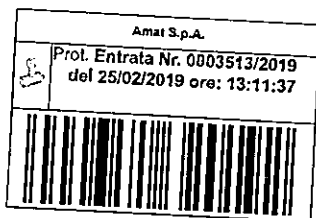
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



Avv. ANITA CONVERSANO
Via Lucania, 116 – 74121 TARANTO
pec: avv.anitaconversano@pec.it
C.F.: CNVNTA87D70L049D
P. IVA: 03030470730



Spett. AMAT Spa
Via Cesare Battisti n. 657
74121 - TARANTO
P. IVA: 00146330733

T 115/19
27/2/19

Fattura n°5 del 25/02/2019

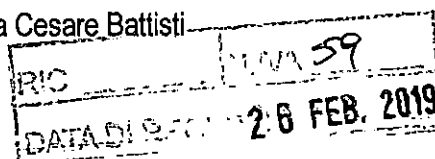
Oggetto: Compenso per la carica di Componente del Consiglio di Amministrazione dall'1.2.2019 al 28.2.2019.

Imponibile	€	1.400,00
4% Cassa Nazionale Forense	€	56,00
TOTALE FATTURA	€	1.456,00
IMPOSTA DI BOLLO	€	2,00
TOTALE DA CORRISPONDERE	€	1.458,00

Per il pagamento a mezzo bonifico bancario:

IBAN IT64 D020 0815 8180 0010 3538 431

presso Banca UNICREDIT, Filiale di Taranto Via Cesare Battisti



Operazione non soggetta ad IVA

Operazione effettuata ai sensi dell'articolo 1, commi da 54 a 89, della Legge n. 190/2014 così come modificato dalla Legge numero 208/2015. Si richiede la non applicazione della ritenuta alla fonte a titolo d'acconto ai sensi dell'articolo 1 comma 67 della Legge numero 190/2014.

Imposta di bollo da 2 euro assolta sull'originale per importi maggiori di 77,47 euro



Avv. ANITA CONVERSANO
Via Lucania, 116 - 74121 TARANTO
pec: avv.anitaconversano@pec.it
C.F.: CNVNTA87D70L049D
P. IVA: 03030470730



Spett. AMAT Spa
Via Cesare Battisti n. 657
74121 - TARANTO
P. IVA: 00146330733

Fattura n°5 del 25/02/2019

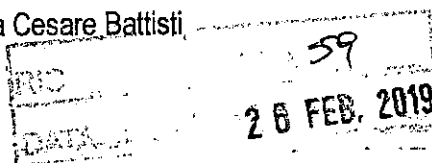
Oggetto: Compenso per la carica di Componente del Consiglio di Amministrazione dall'1.2.2019 al 28.2.2019.

Imponibile	€	1.400,00
4% Cassa Nazionale Forense	€	56,00
TOTALE FATTURA	€	1.456,00
IMPOSTA DI BOLLO	€	2,00
TOTALE DA CORRISPONDERE	€	1.458,00

Per il pagamento a mezzo bonifico bancario:

IBAN IT64 D020 0815 8180 0010 3538 431

presso Banca UNICREDIT, Filiale di Taranto Via Cesare Battisti



Operazione non soggetta ad IVA

Operazione effettuata ai sensi dell'articolo 1, commi da 54 a 89, della Legge n. 190/2014 così come modificato dalla Legge numero 208/2015. Si richiede la non applicazione della ritenuta alla fonte a titolo d'acconto ai sensi dell'articolo 1 comma 67 della Legge numero 190/2014.

Imposta di bollo da 2 euro assolta sull'originale per importi maggiori di 77,47 euro

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

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 FIRMA DEL RESPONSABILE

26/11/19

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA FIRMA

28-02-2019

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

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA 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: