



T109/19

ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 251

BROWN'S CESARE

ADD. STAMPATA FEB/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	251	22/02/2019			994,00

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

BECHIS CESARE

C.so Umberto, 177

74123 TARANTO (TA)

Partita IVA: C.F. BCHCSR48B04E506E

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: novecentonovantaquattro e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

POSTE ITALIANE SPA

IBAN: IT2910760115800000065811291

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 2 del 18/02/2019 ADDETTO STAMPA FEB/2019

PAGAMENTO FATTURE N.

2

IMPORTO LORDO	994,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	994,00

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	994,00	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

IL RISPONSABILE CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

52.70.0001

11/09/19 22/2/19

DICHIARAZIONE PER COMPENSO DI PRESTAZIONE AUTONOMA

Il sottoscritto BECHIS CESARE, nato a Lecce il 4-2-1948 e resi
in corso Umberto 177 – cap 74123 – CF BCHCSR48B04E506E

Amat S.p.A.	
	Prot. Entrata Nr. 0003117/2019 del 18/02/2019 ore: 09:00:15
	

DICHIARA

di ricevere dall'azienda per la mobilità nell'area di Taranto CF 00140330733

la somma di	euro 1.240.00
che, al netto delle ritenute d'acconto del 20% pari a	248.00
bollo	2.00

corrisponde a un importo di	994.00

per la seguente prestazione:

Ricevuta n° 2 del 18/2/019 per autonoma collaborazione
di addetto stampa mese di FEBBRAIO 2019

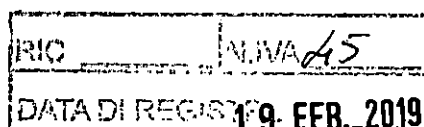
I compensi di cui sopra sono fuori dal campo di applicazione Iva e non sono, pertanto, assoggettati ad Iva ai sensi dell'art.5 del Dpr del 26 ottobre 1972 n.633 e successive modifiche e integrazioni

Li 18/2/2019

firma



Nota: la marca da bollo va applicata solo sulle dichiarazioni per compensi lordi superiori a 77.47 euro



DICHIARAZIONE PER COMPENSO DI PRESTAZIONE AUTONOMA

Il sottoscritto BECHIS CESARE, nato a Lecce il 4-2-1948 e resi
in corso Umberto 177 – cap 74123 – CF BCHCSR48B04E506E

Amat S.p.A.	
	Prot. Entrata Nr. 0003117/2019 del 18/02/2019 ore: 09:00:15
	

DICHIARA

di ricevere dall'azienda per la mobilità nell'area di Taranto CF 00140330733

la somma di	euro 1.240.00
che, al netto delle ritenute d'acconto del 20% pari a	248.00
bollo	2.00

corrisponde a un importo di	994.00
-----------------------------	--------

per la seguente prestazione:

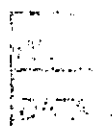
Ricevuta n° 2 del 18/2/2019 per autonoma collaborazione
di addetto stampa mese di FEBBRAIO 2019

I compensi di cui sopra sono fuori dal campo di applicazione Iva e non sono, pertanto, assoggettati ad Iva ai sensi dell'art.5 del Dpr del 26 ottobre 1972 n.633 e successive modifiche e integrazioni

Li 18/2/2019

firma 

Nota: la marca da bollo va applicata solo sulle dichiarazioni per compensi lordi superiori a 77.47 euro



45
19 FEB. 2019

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto
Contr. Rep. n° **557** del

Conv. n° del

Determ. A.D. n° del

Delib. C.A. n° del

Data scadenza pagamento

DATA **19 FEB. 2019**

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione
DATA **29/02/19**

FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA **19 FEB 2019**

FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione
DATA **25-02-2019**

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

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: