

T/199/19



ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 427

INPS. BRINDISI

USIDE RISAN BR.

**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
	2019	427	13/03/2019			67,01

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

I.N.P.S. Sede di Brindisi

P.ZZA DELLA VITTORIA,1

72100 BRINDISI (BS)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: sessantasette e 01 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 2069/P del 18/12/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

2069/P

IMPORTO LORDO	67,01
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	67,01

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		67,01	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



Matricola INPS: 7800449608/002
Partita IVA: 00146330733
Codice Fiscale: 00146330733

Sede di: **BRINDISI**
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.IVA: 02121151001
C.F.: 80078750587

All'azienda:
AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 2069 /P del 18/12/2018
Richiesta di pagamento Num. 001889 del 17/12/2018

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	DE CANTIS / FRANCO	22/08/1960	331401	07/11/2018	67,01

Importo Totale Euro	67,01
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	67,01

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 1600
Causale contributo VMCF
Codice INPS 16004496180188932
Importi a debito versati 67,01

IL DIRETTORE DELLA SEDE
M. AMODIO

RIC	N.IVA 557
DATA DI REGISTRO 31/12/18	

Prot. n.

del

- 31 DIC. 2018
- PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglieri di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
UIS Informatica / Statistico ☐
UTM Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Con. PP.RR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Ragioneria ☐
STQ Stati Qualità ☐
MC Medico Competente ☐
RSP R.S.P.P. ☐

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. Fatt. VMC-2017-1

Matricola INPS: 7800449608/002

Partita IVA: 00146330733

Codice Fiscale: 00146330733

Sede di: **BRINDISI**
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.IVA: 02121151001
C.F.: 80078750587

All'azienda:
AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 2069 /P del 18/12/2018
Richiesta di pagamento Num. 001889 del 17/12/2018

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	DE CANTIS / FRANCO	22/08/1960	331401	07/11/2018	67,01

Importo Totale Euro	67,01
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	67,01

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 1600
Causale contributo VMCF
Codice INPS 16004496180188932
Importi a debito versati 67,01

IL DIRETTORE DELLA SEDE
M. AMODIO

RIC	N. IVA 557
DATA DI REGISTRAZIONE 31/12/18	

Procl. n. 33290
del 31 DIC. 2018

PR Presidente ☐
VP Vice Presidente ☐
CA Consiglieri di Amministrazione ☐
DG Direttore Generale ☐
DA Direttore Amministrativo ☐
UAP Appalti / Contratti ☐
UCM Commerciale / Marketing ☐
UCB Contabilità Bilancio ☐
UES Esercizio / Sosta ☐
URS Informatica / Statistico ☐
UTM Manutenzione / Tecnica ☐
URU Risorse Umane ☐
UAG Affari Con. PP.RR. SINISTRI ☐
RAG Ufficio Regionale ☐
STQ Staff Qualità ☐
MC Medico Competente ☐
RCP R.S.P.P. ☐

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

28-12-18

DATA 14 GEN. 2019 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA 14/21/19 FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA 09 GEN. 2019 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA 14-03-2019 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 - 9 GEN. 2019 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA - 9 GEN. 2019 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:

**Protocollo: INPS.1600.07/11/2018.0240601**

Denominazione : AMAT SPA

Provincia di nascita MI

Provincia : BR

19853
08 NOV. 2018

DELEGA IRREVOCABILE A:

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

AMAT SPA

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

data di nascita

giorno mese anno

Sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

TARANTO

T A

VIA CESARE BATTISTI 657

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

codice identificativo

SEZIONE IVA

**IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice tributo

rateazione/regione/prov./ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

B

SALDO (A-B)

SEZIONE INPS

codice sede
1600

causale contributo
VMCF

matricola INPS/codice INPS/
filiale azienda
16004496180188932

da mm/aaaa

periodo di riferimento:
a mm/aaaa

importi a debito versati
67,01

importi a credito compensati

TOTALE C

67,01 D

SALDO (C-D)

67,01

SEZIONE REGIONI

codice regione

codice tributo

rateazione/regione/prov./ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE E

F

SALDO (E-F)

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/
codice comune

Ravi

minori versati

Acc.

Solco

numero
armatori

codice tributo

rateazione/regione/prov./ mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE G

H

SALDO (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

TOTALE I

L

SALDO (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

TOTALE M

N

SALDO (M-N)

PRIMA

SECONDA

EURO

67,01

ESTREMI DEL VERSAMENTO

PARCOBENTRAGUS DI ANNO/POSTE/AGENTI DELLA RISCOSSIONE

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAS

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

IT

firma