

T791/19



ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1642

CITTADELLA AREA CANTAT

Uff. Mobilità (ESAT/CLMIS)

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	1.642	02/10/2019			63,80

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

CITTADELLA DELLA CARITA'

P.LE CITTADELLA DELLA CARITA'1

74100 TARANTO (TA)

Partita IVA: 01051420733 C.F. 90014210737

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: sessantatrè e 80 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIEN

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 448/2019/24 del 19/09/2019

PAGAMENTO FATTURE N.

448/2019/24

IMPORTO LORDO	63,80
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	63,80

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	63,80		
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 1622880322 Data SDI: 19/09/2019 13:03

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
CITTADELLA DELLA CARITA' PIAZZALE MONS. GUGLIELMO MOTOLESE 1 74123 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT01051420733 Cod. Fiscale: 90014210737 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	A.M.A.T. SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	448/2019/24	2019-09-19	EUR 77,84

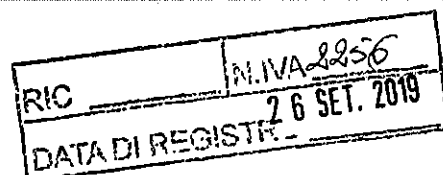
Dettaglio linee Fattura					
Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
	/D Vi rimettiamo fattura per ESAMI CLINICI EFFETTUATI A VOSTRI DIPENDENTI.				22 %
	/D PERIODO: 01/07/2019 - 31/07/2019 N. 1 DIPENDENTE				22 %
IMDL	IMDL PRESTAZIONI MDL CON IVA	1	63,80	63,80	22 %
	/D IBAN: IT35 P 01030 15805 000007821559				22 %
	/D Operazione assogg. a split payment con Iva non incassata dal cedente.				22 %
	/D Ex art. 17-ter del DPR 633/1972				22 %

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) Iva versata dal committente ai sensi dell'articolo 17-ter D.P.R. 633/72 Operaz. con scissione dei pa	22 %	63,80	14,04

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2019-11-30	EUR 63,80	BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIEN	IT35P0103015805000007821559

Dati Trasmittente: IT01641790702 - Progressivo Invio: 02359

Versione Style 2.5



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 1402368592, Data SDI: 07/08/2019 13:35

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
CITTADELLA DELLA CARITA' PIAZZALE MONS. GUGLIELMO MOTOLESE 1 74123 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT01051420733 Cod. Fiscale: 90014210737 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	A.M.A.T. SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	367/2019/24	2019-07-31	EUR 77,84

Dettaglio linee Fattura					
Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
	/D Vi rimettiamo fattura per ESAMI CLINICI EFFETTUATI A VOSTRI DIPENDENTI.				22 %
	/D PERIODO: 01/07/2019 - 31/07/2019 N 1 DIPENDENTE				22 %
IMDL	IMDL PRESTAZIONI MDL CON IVA	1	63,80	63,80	22 %
	/D IBAN: IT35 P 01030 15805 000007821559				22 %

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
I (esigibilità immediata)	22 %	63,80	14,04

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2019-09-30	EUR 77,84	BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIEN	IT35P0103015805000007821559

Dati Trasmittente: IT01641790702 - Progressivo Invo: 02015

Versione Style 2.5

60.03.0008

OPP 4732 2PO
SIPRO C.170RIC N. IVA 286
DATA DI REGISTRAZIONE 2 AGO. 2019

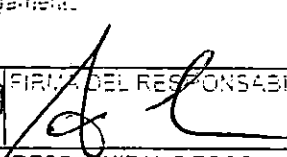
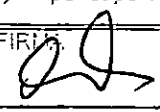
OPP 4732 2PO

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione ordine e contratto	
Contr. Rep. n° _____ del _____	
Conv. n° _____ del _____	
Determin. A.D. n° _____ del _____	
Delib. C.A. n° <u>26</u> del <u>16</u>	
Data scadenza pagamento <u>30-9-19</u>	
DATA <u>30/8/19</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO 
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>09/09/19</u>	FIRMA 

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fatture	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA <u>12 AGO. 2019</u>	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 _____ Pro: _____	
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.	
DATA	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visto di appartenimento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA <u>19 AGO. 2019</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE 
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <u>19 AGO. 2019</u>	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:



CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

ELENCO DIPENDENTI

NUMERO FATTURA	367	AZIENDA	AMAT S.P.A.		
MARZILI	ANTONIO	MRZNTN85R18F152J	09/07/2019		
Branca	Esame		Qta		Prezzo
CARDIOLOGIA	008952	ELETTROCARDIOGRAMMA	1		10
PNEUMOLOGIA	089371	SPIROMETRIA SEMPLICE	1		24
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090045	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	1		2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090092	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	1		2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090141	COLESTEROLO HDL	1		2,8
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090142	COLESTEROLO LDL	1		0,7
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090143	COLESTEROLO TOTALE	1		2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090163	CREATININA [S/U/DU/LA]	1		2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090235	FOSFATASI ALCALINA	1		2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090255	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]	1		2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090271	GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]	1		1,8
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090432	TRIGLICERIDI	1		3
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090443	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	1		2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090622	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	1		4,5
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090825	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	1		2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	091492	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	1		1
Totale		MARZILI	ANTONIO	16	63,80
Numero dipendenti	1	Totale Fattura		16	63,80

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 1402368592 Data SDI: 07/08/2019 13:35

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
CITTADELLA DELLA CARITA' PIAZZALE MONS. GUGLIELMO MOTOLESE 1 74123 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT01051420733 Cod. Fiscale: 90014210737 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	A.M.A.T. SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	367/2019/24	2019-07-31	EUR 77,84

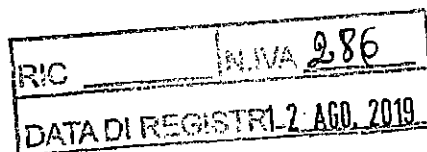
Dettaglio linee Fattura					
Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
	/D Vi rimettiamo fattura per ESAMI CLINICI EFFETTUATI A VOSTRI DIPENDENTI.				22 %
	/D PERIODO: 01/07/2019 - 31/07/2019 N 1 DIPENDENTE				22 %
IMDL	IMDL PRESTAZIONI MDL CON IVA	1	63,80	63,80	22 %
	/D IBAN: IT35 P 01030 15805 000007821559				22 %

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
I (esigibilità immediata)	22 %	63,80	14,04

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo	Bonifico	2019-09-30	EUR 77,84	BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIEN	IT35P0103015805000007821559

Dati Trasmittente: IT01641790702 - Progressivo Invio: 02015

Versione Style 2.5



UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
verifica condizioni, ordine e contratto

Contr. Rep. n° _____ del _____

Conv. n° _____ del _____

Determ. A.D. n° _____ del _____

Delib. C.A. n° 26 del 16

Data scadenza pagamento

30-9-19

DATA 30/8/19 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA 02/09/19 FIRMA [firma]

UFFICIO RAGIONERIA
verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fatture

data scadenza di pagamento presunta

DATA 12 AGO. 2019 FIRMA DEL RESPONSABILE [firma]

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA 03-10-2019 FIRMA [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 19 AGO. 2019 FIRMA DEL RESPONSABILE [firma]

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA 19 AGO. 2019 FIRMA [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: