

777e1/19



ESERCIZIO 20 19

## ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1624

AW. ANITA CONVERSANO

COMP. CONSIGLIO AMM.NE

23/7/19

**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

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      | 1.624         | 24/09/2019 |           |           | 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 BANCA

IBAN: IT28A0200815815000103538431

**CAUSALE DEL PAGAMENTO**

Doc. n° 23 del 20/09/2019

PAGAMENTO FATTURE N.

23

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

| RISULTANZE<br>DELLA GESTIONE DI CASSA | IMPORTO LORDO           | CASSA    | CASSA |
|---------------------------------------|-------------------------|----------|-------|
|                                       | PREVISIONE              | 1.458,00 |       |
|                                       | PROG. ORDINATIVI EMESSI |          |       |
|                                       | DISPONIBILITA'          |          |       |
| ESTREMI DELIBERA                      |                         |          |       |

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

**Avv. ANITA CONVERSANO**  
Via Lucania, 116 – 74121 TARANTO  
pec: [avv.anitaconversano@pec.it](mailto:avv.anitaconversano@pec.it)  
C.F.: CNVNTA87D70L049D  
P. IVA: 03030470730



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

*7774/19*  
*24/9/19*

Fattura n°23 del 20/09/2019

Oggetto: Compenso per la carica di Componente del Consiglio di Amministrazione dall'1.9.2019 al 30.9.2019.

|                                |          |                 |
|--------------------------------|----------|-----------------|
| Imponibile                     | €        | 1.400,00        |
| 4% Cassa Nazionale Forense     | €        | 56,00           |
| <b>TOTALE FATTURA</b>          | <b>€</b> | <b>1.456,00</b> |
| <b>IMPOSTA DI BOLLO</b>        | <b>€</b> | <b>2,00</b>     |
| <b>TOTALE DA CORRISPONDERE</b> | <b>€</b> | <b>1.458,00</b> |

Per il pagamento a mezzo bonifico bancario:

IBAN IT28 A020 0815 8150 0010 3538 431

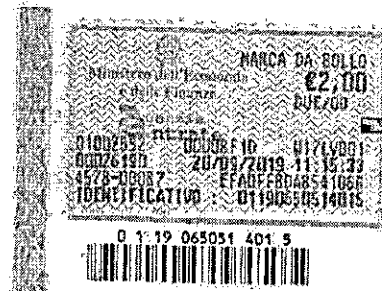
presso Banca UNICREDIT, Filiale di Taranto Via Cesare Battisti

*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°23 del 20/09/2019**

Oggetto: Compenso per la carica di Componente del Consiglio di Amministrazione dall'1.9.2019 al 30.9.2019.

|                                |          |                 |
|--------------------------------|----------|-----------------|
| Imponibile                     | €        | 1.400,00        |
| 4% Cassa Nazionale Forense     | €        | 56,00           |
| <b>TOTALE FATTURA</b>          | <b>€</b> | <b>1.456,00</b> |
| <b>IMPOSTA DI BOLLO</b>        | <b>€</b> | <b>2,00</b>     |
| <b>TOTALE DA CORRISPONDERE</b> | <b>€</b> | <b>1.458,00</b> |

Per il pagamento a mezzo bonifico bancario:

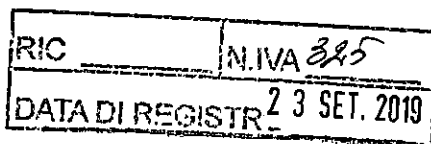
IBAN IT28 A020 0815 8150 0010 3538 431

presso Banca UNICREDIT, Filiale di Taranto Via Cesare Battisti

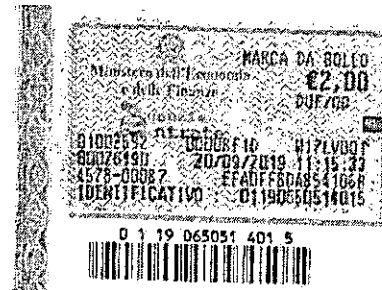
*Operazione non soggetta ad IVA*

*Operazione effettuata ai sensi dell'articolo 1, commi da 54 a 89, della Legge n. 190/2014 così come modificata 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°23 del 20/09/2019

Oggetto: Compenso per la carica di Componente del Consiglio di Amministrazione dall'1.9.2019 al 30.9.2019.

|                                |          |                 |
|--------------------------------|----------|-----------------|
| Imponibile                     | €        | 1.400,00        |
| 4% Cassa Nazionale Forense     | €        | 56,00           |
| <b>TOTALE FATTURA</b>          | <b>€</b> | <b>1.456,00</b> |
| <b>IMPOSTA DI BOLLO</b>        | <b>€</b> | <b>2,00</b>     |
| <b>TOTALE DA CORRISPONDERE</b> | <b>€</b> | <b>1.458,00</b> |

Per il pagamento a mezzo bonifico bancario:

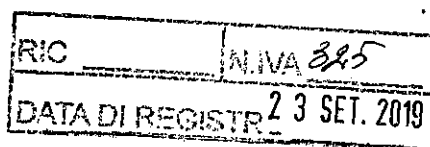
IBAN IT28 A020 0815 8150 0010 3538 431

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<br>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<br>per supervisione                           |                        |
| DATA                                                                    | FIRMA                  |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili               |                        |
|-------------------------------------------------------------|------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura                 |                        |
| data scadenza di pagamento presunta                         |                        |
| DATA 23 SET. 2019                                           | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                        |
| DATA 24-09-2019                                             | FIRMA                  |

| IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA<br>verifica dati tecnici |       |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| Data scadenza pagamento                                        |       |
| DATA                                                           | FIRMA |

| UNITA' AA.GG. E PP.RR.<br>verifica conferimento incarico |       |
|----------------------------------------------------------|-------|
| Conferimento del ..... Prot. ....                        |       |
| IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.                           |       |
| DATA                                                     | FIRMA |

| UFFICIO PERSONALE<br>verifica visite di accertamento sanitario del personale |                        |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                                      |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESP. UNITA' PERSONALE<br>per supervisione                                |                        |
| DATA                                                                         | FIRMA                  |

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                        |
| DATA                                                                        | FIRMA DEL RESPONSABILE |

| UFFICIO TECNICO<br>verifica perfetta esecuzione lavori |                        |
|--------------------------------------------------------|------------------------|
| Data scadenza pagamento                                |                        |
| DATA                                                   | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA<br>per supervisione     |                        |
| DATA                                                   | FIRMA DEL RESPONSABILE |

NOTE: