

T/155/20



ESERCIZIO 20 20

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 4521

INPS-TA

Unità Fiscale

**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
	2020	452	11/02/2020			52,40

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

I.N.P.S.-Agenzia di Taranto

VIA CIRO IL GRANDE 21

00144 ROMA (RM)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: cinquantadue e 40 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 1701-780000-2019-FT del 06/12/2019

PAGAMENTO FATTURE N.

1701-780000-2019-FT

IMPORTO LORDO	52,40
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	52,40

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

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 2093942765 Data SDI: 06/12/2019 11:55

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di TARANTO Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AMAT SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: LXEB4VB

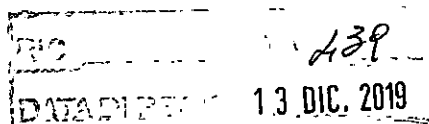
Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	1701-780000-2019-FT	2019-12-06	EUR 52,40
Art. 73 DPR 633/72: SI			
Causale			
Rimborso per visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta. Versare entro 10 gg con mod F24, indicando: Codice SEDE=7800, Causale=VMCF, Codice INPS=78009253190331368, Importo=52.4			

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7800.19/11/2019.0401230 - VISITA A MSTN* DEL 19/11/2019 VISITA DOMICILIARE Num.259162 2019-11-20		52,40	52,40	(N4)

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Operazioni esenti art.10 DPR 633/72	0 %	52,40	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.7



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:2093942765 Data SDI: 06/12/2019 11:55

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di TARANTO Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AMAT SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: LXEB4VB

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	1701-780000-2019-FT	2019-12-06	EUR 52,40
Art. 73 DPR 633/72: SI			
Causale			
Rimborso per visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta. Versare entro 10 gg con mod F24, indicando: Codice SEDE=7800.			
Causale=VMCF, Codice INPS=78009253190331368, Importo=52.4			

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7800.19/11/2019.0401230 - VISITA A MSTN* DEL 19/11/2019		52,40	52,40	(N4)
VISITA DOMICILIARE Num.259162 2019-11-20				

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Operazioni esenti art.10 DPR 633/72	0 %	52,40	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.7

439
13 DIC. 2019

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° <i>AS. 24 SAR.</i> del	
Data scadenza pagamento <i>16-12-19</i>	
DATA <i>18/12/19</i>	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <i>18/12/19</i>	FIRMA <i>[Signature]</i>

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA <i>13 DIC. 2019</i>	FIRMA DEL RESPONSABILE <i>[Signature]</i>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <i>11-01-2020</i>	FIRMA <i>[Signature]</i>

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 <i>16 DIC. 2019</i>	FIRMA DEL RESPONSABILE <i>[Signature]</i>
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <i>16 DIC. 2019</i>	FIRMA <i>[Signature]</i>

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:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 7800 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.19/11/2019.0401230

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale :

Cognome : MASTROBERARDINI

Nome : ANNA

Sesso : F

MSTNNA69C54L049H

Data Nascita : 14/03/1969

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi espressa dal medico fiscale.

Visita Domiciliare n. : 259162

Data Visita : 20/11/2019

Ora Visita : 11:15

Data scadenza prognosi medico di controllo : 20/11/2019

Esito Visita : Visitato, idoneo al lavoro dal giorno successivo alla data di scadenza prognosi espressa dal medico fiscale.

Indirizzo : VIA ANCONA N. 277

CAP : 74121

Comune : TARANTO

Provincia : TA

Dettaglio :

Cognome : MASTROBERARDINI

at S.p.A. Protocollo In entrata n. 0020709/2019 \ 11/12/2019 12:07:38

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

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

DATI ANAGRAFICI

AMAT SPA

nome

data di nascita

giorno

mezzo

anno

sesto (M o F)

comune (e Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

TARANTO

T A

VIA CESARE BATTISTIT 657

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

codice identificativo

SEZIONE IRPEF

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

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/ iniziale azienda

da mm/aaaa

periodo di riferimento: a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

7800

VMCF

78009253190331368

52,40

TOTALE C

52,40 D

SALDO (C-D)

52,40

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

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/codice comune

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

IMU

codice tributo

rateazione/regione/prov./mese rif.

anno di riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

delazione

TOTALE G

H

SALDO (G-H)

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede

codice ditta

c.c.

numero di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL

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)

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + 52,40

ESTREMI DEL VERSAMENTO

(DA COMPIRE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE 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

CAB

Autorizzo addebito su conto corrente codice IBAN

IT

firma

CONTRIBUENTE										banca in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare									
CODICE FISCALE										0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3									
DATI ANAGRAFICI										AMAT SPA TARANTO									
data di nascita										giorno mese anno									
comune										T A									
DOMICILIO FISCALE										TARANTO VIA C. BATTISTI, 657									
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare										codice identificativo									
SEZIONE TRIBUTI																			
IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI																			
codice ufficio										codice atto									
TOTALE A										B									
SEZIONE INPS																			
codice sede causale contributo										matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda									
7800 VMCF										78009253190331368									
periodo di riferimento da mm/aaaa a mm/aaaa										00/0000 00/0000									
Importi a debito versati										Importi a credito compensati									
52 4 0										0 0 0									
TOTALE C										D									
SEZIONE REGIONI																			
codice regione										codice tributo									
rateazione/mese rif.										anno di riferimento									
Importi a debito versati										Importi a credito compensati									
TOTALE E										F									
SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI																			
codice ente/codice comune										codice tributo									
rateazione/mese rif.										anno di riferimento									
Importi a debito versati										Importi a credito compensati									
TOTALE G										H									
SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI																			
codice sede codice ditta c.c.										numero di riferimento causale									
Importi a debito versati										Importi a credito compensati									
TOTALE I										L									
INAIL																			
codice ente codice sede causale contributo										codice posizione periodo di riferimento da mm/aaaa a mm/aaaa									
Importi a debito versati										Importi a credito compensati									
TOTALE M										N									
FIRMA										SALDO FINALE									
										EURO + 52,40									
ESTREMI DEL VERSAMENTO																			
DATA										CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE									
giorno mese anno										AZIENDA CAB/SPORTELLI									
1 7 0 2 2 0 2 0										01030 15801									
Pagamento presentato alla banca il										Conto: I 01030 15801 000001484939									
Delega Da spedire																			