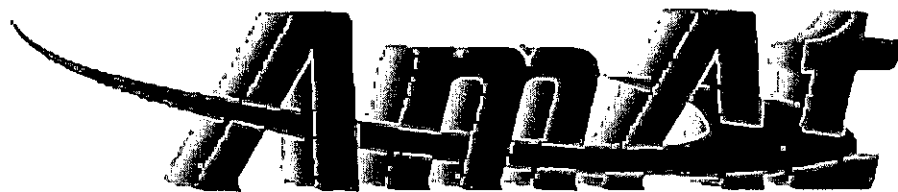


1756



AZIENDA PER LA MOBILITÀ NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.

ESERCIZIO 20 20

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1308

MARSH

FORZA COVID 31/03 - 31/12/2020

**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	1.308	12/06/2020			4.446,00

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

MARSH S.p.A.

VIALE BODIO 33

20158 MILANO (MI)

Partita IVA: 01699520159 C.F. 01699520159

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: quattromilaquattrocentoquarantasei e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

CITIBANK N.A.

IBAN: IT6800356601600000126207034

CAUSALE DEL PAGAMENTO

POLIZZA UNISALUTE COVID 31/03/2020 - 31/12/2020

PAGAMENTO FATTURE N.

CIG ZC02D432A9

IMPORTO LORDO	4.446,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	4.446,00

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		4.446,00	
	PREVISIONE		
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

Azienda Mobilità Area Taranto SpA Via Cesare Battisti, 657 Taranto 74121 TA P.I. 00146330733 C.F. 00146330733		MARSH S.p.A. VIALE BODIO 33 MILANO 20158 MI P.I. 01699520159 C.F. 01699520159 Tel: 0248538 1 Fax: 0248538 300 E-mail:	
Ordini a Fornitore			
Vostro Riferimento	Contratto Provv. Aut.	Data Doc. 09/06/2020	Numero Documento OACE000228
		Pag. 1	

Causale AS@ **Acquisti scorte** **Termini di consegna**
CIG ZC02D432A9 **Pagamento** Bonifico su ns. c/c
Commento:
Indirizzo Spedizione:
Trasporto a cura del:

Articolo		Cat.	Descrizione	U.M.	Qta	Valore €	Sconto	Imponibile €
Interno	Fornitore							
0324			polizza rami elementari Polizza Unisalute Covid validità 31/03/2020 - 31/12/2020 Si autorizza il pagamento del premio lordo di € 4446,00 in favore di MARSH S.P.A. <i>P 8004</i>		1,00	4.446,0000		4.446,00

I materiali ordinati dovranno essere consegnati franco Ns. magazzino sito in via C. Battisti 657 TARANTO dalle 9.00 alle 13.00. Il pagamento sarà effettuato nel termine sopra riportato. L'A.M.A.T. non riconosce ai propri fornitori interessi per ritardi pagam. Eventuali richieste in tal senso potranno essere soddisfatte solo previa messa in mora da parte del creditore e con l'applicazione del tasso di interesse legale; non saranno pertanto applicabili né i termini di decorrenza, né la misura degli Interessi stabiliti dal D.lgs. 231/2002.
 Le condizioni della fornitura sono quelle indicate nel presente documento e ogni altra eventuale clausola contenuta nella modulistica predisposta dai fornitori (copie commissioni ecc.) non è operante nei confronti dell'A.M.A.T.

IVA	Descrizione	Aliquota	Imponibile	Imposta	Totale
ES3	ESENTE ART.10	0,00	€ 4.446,00	€ 0,00	€ 4.446,00
		Totali	€ 4.446,00	€ 0,00	€ 4.446,00

Firme

Il compilatore

Resp. unità A.C.

Direttore Tecnico

Direttore Generale

PRESIDENTE

Firmato digitalmente da

GIORGIA GIRA

CN = GIRA GIORGIA
O = non presente
C = IT

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1995 - 2020
25
UniSalute

PIANO SANITARIO
Andrà Tutto Bene (cod. 40356)
AMAT TARANTO SPA
FRONTESPIZIO
CIG Z712C92E21

UniSalute S.p.A.

Unipol
GRUPPO

Sede Legale e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - unisalute@pec.unipol.it - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 320961
Capitale sociale i.v. Euro 78.028.566,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 03843680376 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 319365
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00084 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unisalute.it

Agenzia 4083

Ramo 194

N. Polizza 40017090

Tra **UniSalute S.p.A.** in seguito denominata "**Società**" e **AMAT Taranto SpA** con sede in Taranto, Via Cesare Battisti, 657, C.A.P. 74121, Codice Fiscale o Partita Iva 00146330733, in seguito denominata "**Contraente**", viene stipulato il seguente contratto di assicurazione avente **effetto 31/03/2020, scadenza rata 31/12/2020 e scadenza polizza 31/12/2020**, a frazionamento temporaneo, NON tacitamente rinnovabile in base alle Condizioni Generali di Assicurazione.

N° nuclei da stato di famiglia assicurati: 494

Premio rata contante

Premio imponibile € 4.322,50

Imposte € 123,50

di cui ramo malattia € 103,74

di cui ramo assistenza € 19,76

Totale rata contante € 4.446,00

Data 14/04/2020

La Società
Un procuratore

La Contraente

Firma _____

La Contraente dichiara:

- ✓ di aver ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il set informativo composto dal documento informativo precontrattuale (DIP), documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo) e Condizioni di Assicurazione Andrà Tutto Bene (cod. 40356) comprensive di Glossario e Informativa privacy;
- ✓ di conoscere e di approvare le predette Condizioni di Assicurazione;
- ✓ di aver messo a disposizione dei singoli beneficiari il set informativo di cui sopra.

TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, la stazione appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane S.p.A., il presente contratto si intende risolto di diritto.

Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio Territoriale del Governo competente per territorio.

Data 14/04/2020

La Società
Un procuratore

La Contraente

Firma _____

La Contraente dichiara di avere ricevuto l'informativa privacy di cui all'articolo 13 del Reg. UE n. 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – GDPR) e di impegnarsi a consegnarne una copia anche agli interessati indicati nel contratto.

Data _____

La Contraente

Firma _____

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.