

T 568/20



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

ESERCIZIO 20 20

# ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1777

AW. ANITA CONVERSANO

CON C/A 60/20

\_\_\_\_\_

**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      | 1.777         | 28/07/2020 |           |           | 1.458,00           |

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

CONVERSANO ANITA

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. 11 del 20/07/2020

PAGAMENTO FATTURE N.

11

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

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

V. CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

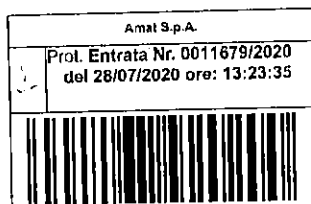
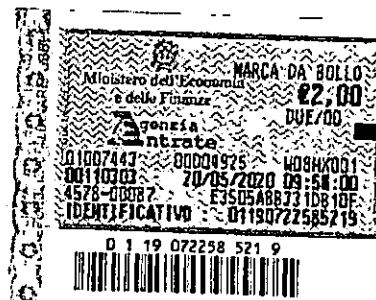
IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

7563/20

28/7/2020

**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°11 del 20/07/2020

Oggetto: Compenso per la carica di Componente del Consiglio di Amministrazione dall'1.7.2020 al 31.7.2020.

|                                |          |                 |
|--------------------------------|----------|-----------------|
| 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:

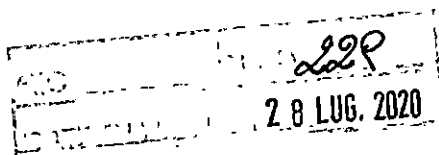
IBAN IT28 A020 0815 8150 0010 3538 431

presso Banca UNICREDIT, Filiale di Taranto Via Cesare Battisti

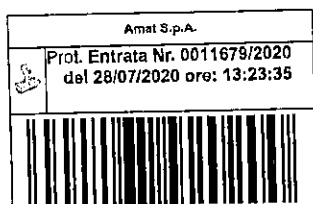
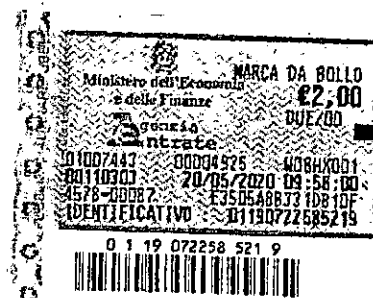
*Operazione non soggetta ad IVA*

*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](mailto: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°11 del 20/07/2020

Oggetto: Compenso per la carica di Componente del Consiglio di Amministrazione dall'1.7.2020 al 31.7.2020.

|                                |          |                 |
|--------------------------------|----------|-----------------|
| 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*

229  
28 LUG. 2020

**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

DATA L'ADDETTO AL RISCONTRO

**IL RESP. UNITA' CONTRATTI**  
 per supervisione

DATA FIRMA

**UFFICIO RAGIONERIA**  
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

28.07.2020

**IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO**  
 per supervisione

DATA FIRMA

28.07.2020

**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 FIRMA DEL RESPONSABILE

**IL RESP. UNITA' PERSONALE**  
 per supervisione

DATA 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:

28 conferimento