

1987



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

ESERCIZIO 20 20

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 3029

TOLBPASS

RUB

**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	3.029	31/12/2020			2,53

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

TELEPASS S.p.A.

via Bergamini, 50

00159 ROMA (RM)

Partita IVA: 09771701001 C.F. 09771701001

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: due e 53 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

ADDEBITO MPS

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 75624307/T del 30/12/2020

PAGAMENTO FATTURE N.

75624307/T

IMPORTO LORDO	2,53
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	2,53

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	2,53	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

IL VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

FATTURAELETTRONICA

Id SDI: 4293093673 Data SDI: 30/12/2020 07:02

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
TELEPASS SPA VIA A.BERGAMINI, 50 00159 - ROMA - IT P.IVA: IT09771701001 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AMAT AZIENDA PER LA MOBILITA N051030009601ZGKV 0219101612000 VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	75624307/T	2020-12-30	EUR 3,09
Causale			
Codice cliente: 182139180			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

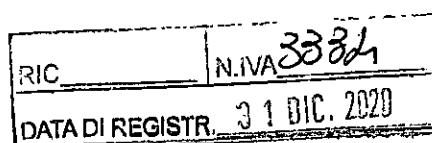
Dettaglio linee Fattura						
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA		
PROD. STAMPA DOC. CONTABILE 0,46		0,46	0,46	22 %		
CANONE TELEPASS 2,07		2,07	2,07	22 %		

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti)	22 %	2,53	0,56

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	SEPA Direct Debit	2020-12-30	EUR 2,53		

Dati Trasmittente: IT05262890014 - Progressivo Invio: D202001230

Versione Style 2.8.2



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 4293093673 Data SDI: 30/12/2020 07:02

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
TELEPASS SPA VIA A.BERGAMINI, 50 00159 - ROMA - IT P.IVA: IT09771701001 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AMAT AZIENDA PER LA MOBILITA N051030009601ZGKV 0219101612000 VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	75624307/T	2020-12-30	EUR 3,09
Causale			
Codice cliente: 182139180			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

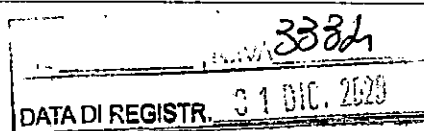
Dettaglio linee Fattura						
Descrizione			Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PROD. STAMPA DOC. CONTABILE	1045	210		0,46	0,46	22 %
CANONE TELEPASS	211	1		2,07	2,07	22 %

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti)	22 %	2,53	0,56

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	SEPA Direct Debit	2020-12-30	EUR 2,53		

Dati Trasmittente: IT05262890014 - Progressivo Invio: D202001230

Versione Style 2.8.2



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 5-1-24 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA 11/01/24 FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA 31/01/2020 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA 19-01-2024 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 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: