



T76/20

ESERCIZIO 20 20

## ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 240

AUV. CONVERSAIO AMTA

COMP. CONSIGLIO AMTAE

GEN / 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      | 240           | 23/01/2020 |           |           | 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. 1 del 21/01/2020

PAGAMENTO FATTURE N.

1

|                 |          |
|-----------------|----------|
| 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'          |          |       |

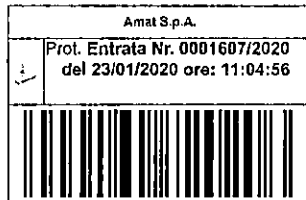
VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

**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°1 del 21/01/2020

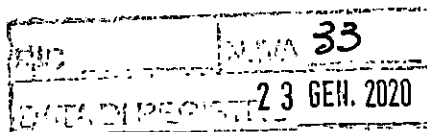
Oggetto: Compenso per la carica di Componente del Consiglio di Amministrazione dall'01.01.2020 al 31.01.2020.

|                                |          |                 |
|--------------------------------|----------|-----------------|
| 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



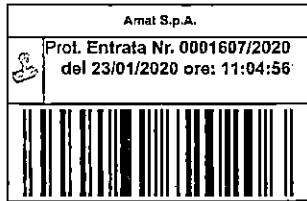
*Operazione non soggetta ad IVA*

*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*

52.65.0008  
70.05.0004

**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°1 del 21/01/2020**

Oggetto: Compenso per la carica di Componente del Consiglio di Amministrazione dall'01.01.2020 al 31.01.2020.

|                                |          |                 |
|--------------------------------|----------|-----------------|
| 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

33  
23 GEN. 2020

*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*

52.65.0008

70.05.0004

## 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 23 GEN 2020 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO  
per supervisione

DATA 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 visita 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: