

755/24



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

ESERCIZIO 20 21

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 157

INPS - TA

VIA/PS del Controllo

**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
	2021	157	19/01/2021			69,80

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: sessantanove e 80 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 901-780000-2020-FT del 08/12/2020

PAGAMENTO FATTURE N.

901-780000-2020-FT

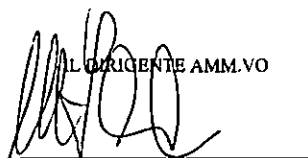
IMPORTO LORDO	69,80
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	69,80

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	69,80		
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

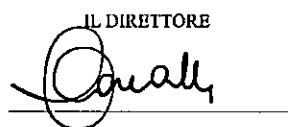
IL RESPONSABILE
CONTABILITA'



IL DIRIGENTE AMM.VO



IL DIRETTORE



IL RESIDENTE



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 4167280635 Data SDI: 08/12/2020 06:15

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di TARANTO Via Ciri 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	901-780000-2020-FT	2020-12-08	EUR 69,80
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=78009253200096395, Importo=69.8			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7800.18/11/2020.0564786 - VISITA A CVLR* DEL 18/11/2020 VISITA DOMICILIARE Num.269329 2020-11-20		69,80	69,80	(N4)

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Operazioni esenti art.10 DPR 633/72	0 %	69,80	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.8.2



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 4167280635 Data SDI: 08/12/2020 06:15

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	901-780000-2020-FT	2020-12-08	EUR 69,80

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=78009253200096395, Importo=69.8

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7800.18/11/2020.0564786 - VISITA A CVLR* DEL 18/11/2020 VISITA DOMICILIARE Num.269329 2020-11-20		69,80	69,80	(N4)

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Operazioni esenti art.10 DPR 633/72	0 %	69,80	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1



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

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 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:

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**Esito di Visita Medica di Controllo**

Sede INPS: 7800 - TARANTO

Protocollo: INPS.7800.18/11/2020.0564786

Dati relativi al datore di lavoro

Codice fiscale : 00146330733

Denominazione : AMAT SPA

Dati relativi al lavoratore

Codice fiscale : CVLRRT85A71L049N Cognome : CAVALLO

Nome : ROBERTA

Sesso : F

Data Nascita : 31/01/1985

Comune di nascita : TARANTO

Provincia di nascita TA

Dati relativi all' Esito

Esito : Visitato, Incapace al lavoro, confermata/ridotta la data di scadenza prognosi del curante.

Visita Domiciliare n. : 269329

Data Visita : 20/11/2020

Ora Visita : 11:55

Data scadenza prognosi medico di controllo : 22/11/2020

Esito Visita : Visitato, Incapace al lavoro, confermata/ridotta la data di scadenza prognosi del curante.

Indirizzo : CONTRADA CONCA D'ORO, XI STRADA

CAP : 74019

Comune : PALAGIANO

Provincia : TA

Dettaglio :

Cognome : CIFONE IVAN

Amat S.p.A. Protocollo In entrata n. 0021548/2020 del 22/12/2020 09:37:28

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

DATI ANAGRAFICI
 cognome, denominazione o ragione sociale: **AMAT SPA TARANTO**
 nome: _____
 data di nascita: _____ sesso (M o F): _____ comune (o Stato estero) di nascita: _____ prov.: _____
 giorno: _____ mese: _____ anno: _____
DOMICILIO FISCALE **TARANTO** **T A** **VIA C. BATTISTI, 657**
CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare: _____ codice identificativo: _____

SEZIONE ERARIO

		codice tributo	rateazione/regione/prov./mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI							
codice ufficio	codice atto	TOTALE A			B		SALDO (A-B)

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	periodo di riferimento: a mm/aaaa	Importi a debito versati	Importi a credito compensati	
7800	VMCF	78009253200096395	00/0000	00/0000	69 8 0	0 0 0	
TOTALE C					D	E	SALDO (C-D)
					69 8 0	0 0 0	69 8 0

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/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	Immob. vers. Acc. Saldo	numero immobile	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	Importi a debito versati	Importi a credito compensati	
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		
TOTALE I						L	SALDO (I-L)	
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: 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** + 69,8 0

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA			CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE		Pagamento presentato alla banca il Conto: I 01030 15801 000001484939 Delega Da spedire
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELLI	
26	01	2021	01030	15801	

PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA