

✓ 988/21



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

ESERCIZIO 20 21

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 2799

TOLIPASS

Rid

**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	2.792	31/12/2021			0,46

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: zero e 46 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

ADDEBITO MPS

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 000000900034371T del 30/11/2021

PAGAMENTO FATTURE N.

000000900034371T

IMPORTO LORDO	0,46
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	0,46

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	0,46	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

30/m

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 6240920031 Data SDI: 01/12/2021 01:12

Formato Trasmissione: FP12

Mittente	Destinatario
TELEPASS SPA Via Laurentina n. 449 00142 - ROMA - IT P.IVA: IT09771701001 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AMAT AZIENDA PER LA MOBILITA N VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	000000900034371T	2021-11-30	EUR 0,56
Causale			
Codice cliente: 182139180			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

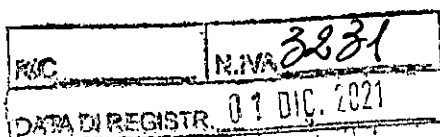
Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Qtà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PROD. STAMPA DOC. CONTABILE		0,46	0,46	22 %

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti)	22 %	0,46	0,10

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	SEPA Direct Debit	2021-11-30	EUR 0,46	+ € 0,61 commissioni SS.	

Dati Trasmittente: IT05262890014 - Progressivo Invio: D0211130

Versione Style 2.9.0



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 6240920031 Data SDI: 01/12/2021 01:12

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
TELEPASS SPA Via Laurentina n. 449 00142 - ROMA - IT P.IVA: IT09771701001 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AMAT AZIENDA PER LA MOBILITA N VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	000000900034371T	2021-11-30	EUR 0,56
Causale			
Codice cliente: 182139180			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

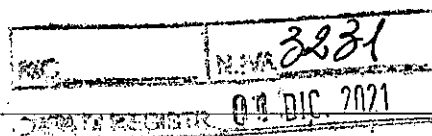
Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PROD. STAMPA DOC. CONTABILE		0,46	0,46	22 %

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti)	22 %	0,46	0,10

Dati pagamento				
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto IBAN
Pagamento completo	SEPA Direct Debit	2021-11-30	EUR 0,46	

Dati Trasmittente: IT05262890014 - Progressivo Invio: D0211130

Versione Style 2.9.0



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 6-12-21 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA 9 DIC. 2021

FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA 02 DIC. 2021 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA 01-02-2022 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: