



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

T 0768/22

ESERCIZIO 20 22

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 2220

ECOTAN SANITA' SOLU

"ANALISI EUNIONE"

**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
	2022	2.220	30/09/2022			122,00

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

ECOPAN SANITA' SRLU

VIALE MAGNA GRECIA

74121 318 (TA)

Partita IVA: 03248050738 C.F. 03248050738

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: centoventidue e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI S.G.

IBAN: IT95R0881715801008000003265

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 219 del 15/07/2022

PAGAMENTO FATTURE N.

218 CIG Z9B36D2F51, 219 CIG Z9B36D2F51

IMPORTO LORDO	122,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	122,00

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	122,00	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 7696447906 Data SDI: 21/07/2022 13:51

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ECOPAN SANITA' SRL UNIPERSONALE Viale Magna Grecia n. 318 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT03248050738 Cod. Fiscale: 03248050738 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AMAT S.P.A. Via Cesare Battisti n. 657 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	218 ✓	2022-07-15	EUR 92,00 ✓
Causale			
Ns. rif. del 15/06/22 - Vs. ordine n. OACE000328 del 16/06/2022			
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto

G.C. Z9B36DLF51

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura						
Articolo	Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
ANALISI	ANALISI CLINICHE // Analisi cliniche eseguite dai Vs. dipendenti nel mese di Giugno 2022	NR	3	30,00	90,00	(N4)
	Bollo in fattura		1	2,00	2,00	(N1)

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Esente art. 10 D.P.R. 633/72	0 %	90,00	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) Escl. art. 15 DPR 633/72	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Bonifico	2022-08-14	EUR 92,00		IT95R0881715801008000003265

Dati Trasmittente: IT01641790702 - Progressivo Invio: 000020xuzj

Versione Style 2.9.0

RIC	N. IVA 255
DATA DI REGISTR. 22 LUG. 2022	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 7696447906 Data SDI: 21/07/2022 13:51

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ECOPAN SANITA' SRL UNIPERSONALE Viale Magna Grecia n. 318 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT03248050738 Cod. Fiscale: 03248050738 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AMAT S.P.A. Via Cesare Battisti n. 657 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura

Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	218	2022-07-15	EUR 92,00
Causale			
Ns. rif. del 15/06/22 - Vs. ordine n. OACE000328 del 16/06/2022			
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto

GIG. Z9B360LF51

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Articolo	Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
ANALISI	ANALISI CLINICHE // Analisi cliniche eseguite dai Vs. dipendenti nel mese di Giugno 2022	NR	3	30,00	90,00	(N4)
	Bollo in fattura		1	2,00	2,00	(N1)

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Esente art. 10 D.P.R. 633/72	0 %	90,00	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) Escl. art. 15 DPR 633/72	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					

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

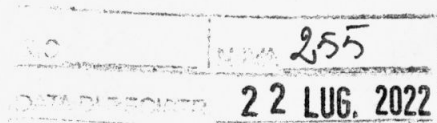
DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Bonifico	2022-08-14	EUR 92,00		IT95R0881715801008000003265

Dati Trasmittente: IT01641790702 - Progressivo Invio: 000020xuzj

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

15-8-22

DATA L'ADDETTO AL RISCONTRO

22-8-22

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA FIRMA

02 SET. 2022

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

22 LUG. 2022

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA FIRMA

03-10-2022

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

21/8/22

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA FIRMA

21/8/22

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:

Azienda Mobilita Area Taranto SpA Via Cesare Battisti, 657 Taranto 74121 TA P.I. 00146330733 C.F. 00146330733		ECOPAN SANITA' SRLU VIALE MAGNA GRECIA 318 74121 TA P.I. 03248050738 C.F. 03248050738																									
Ordini a Fornitore		Tel: Fax: E-mail:																									
Vostro Riferimento Prev. del 25/05/2022		Nostro Riferimento Art. 13 c. 2.1 Delib. 139 del 21/12/18																									
		Data Doc. 16/06/2022	Numero Documento OACE000328																								
		Pag. 1																									
Causale AS@ Acquisti scorte		Termini di consegna Pagamento BONIFICO 60 GG DF																									
CIG Z9B36D2F51																											
Commento: Indirizzo Spedizione: Trasporto a cura del:																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Articolo</th> <th>Cat.</th> <th>Descrizione</th> <th>U.M.</th> <th>Qta</th> <th>Valore €</th> <th>Sconto</th> <th>Imponibile €</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Interno</td> <td>Fornitore</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0556</td> <td></td> <td> Esami medici ai sensi del D.lgs. 271/99 Prelievo venoso (€ 5,00) Emocromo (€ 6,00) Esame urine (€ 4,00) Glicemia (€ 2,00) Creatinina (€ 2,50) Ves (€ 3,00) </td> <td></td> <td>2,00</td> <td>45,0000</td> <td></td> <td>90,00</td> </tr> </tbody> </table>		Articolo	Cat.	Descrizione	U.M.	Qta	Valore €	Sconto	Imponibile €	Interno	Fornitore							0556		Esami medici ai sensi del D.lgs. 271/99 Prelievo venoso (€ 5,00) Emocromo (€ 6,00) Esame urine (€ 4,00) Glicemia (€ 2,00) Creatinina (€ 2,50) Ves (€ 3,00)		2,00	45,0000		90,00		
Articolo	Cat.	Descrizione	U.M.	Qta	Valore €	Sconto	Imponibile €																				
Interno	Fornitore																										
0556		Esami medici ai sensi del D.lgs. 271/99 Prelievo venoso (€ 5,00) Emocromo (€ 6,00) Esame urine (€ 4,00) Glicemia (€ 2,00) Creatinina (€ 2,50) Ves (€ 3,00)		2,00	45,0000		90,00																				
"I materiali ordinati dovranno essere consegnati franco Ns. magazzino sito in via C. Battisti 657 TARANTO dalle 9.00 alle 13.00. Il pagamento sarà effettuato nel termine sopra riportato. L'A.M.A.T. non riconosce ai propri fornitori interessi per ritardi pagam. Eventuali richieste in tal senso potranno essere soddisfatte solo previa messa in mora da parte del creditore e con l'applicazione del tasso di interesse legale; non saranno pertanto applicabili né i termini di decorrenza, né la misura degli interessi stabiliti dal D.lgs. 231/2002. Le condizioni della fornitura sono quelle indicate nel presente documento e ogni altra eventuale clausola contenuta nella modulistica predisposta dai fornitori (copie commissioni ecc.) non è operante nei confronti dell'A.M.A.T. FATTURAZIONE ELETTRONICA: Formato trasmissione: FPR12 (Fattura tra privati) Codice destinatario: 5WKJP7T"																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>IVA</th> <th>Descrizione</th> <th>Aliquota</th> <th>Imponibile</th> <th>Imposta</th> <th>Totale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Totali</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		IVA	Descrizione	Aliquota	Imponibile	Imposta	Totale			Totali																	
IVA	Descrizione	Aliquota	Imponibile	Imposta	Totale																						
		Totali																									

Azienda Mobilita Area Taranto SpA Via Cesare Battisti, 657 Taranto 74121 TA P.I. 00146330733 C.F. 00146330733		ECOPAN SANITA' SRLU VIALE MAGNA GRECIA 318 74121 TA P.I. 03248050738 C.F. 03248050738 Tel: Fax: E-mail:	
Ordini a Fornitore			

Vostro Riferimento Prev. del 25/05/2022	Nostro Riferimento Art. 13 c. 2.1 Delib. 139 del 21/12/18	Data Doc. 16/06/2022	Numero Documento OACE000328	Pag. 2
---	---	--------------------------------	---------------------------------------	------------------

Causale AS@	Acquisti scorte	Termini di consegna	
CIG Z9B36D2F51		Pagamento	BONIFICO 60 GG DF
Commento:			
Indirizzo Spedizione:			
Trasporto a cura del:			

Articolo		Cat.	Descrizione	U.M.	Qta	Valore	Sconto	Imponibile
Interno	Fornitore							
			GOT (€ 2,50)					
			GPT (€ 2,50)					
			Gamma GT (€ 2,50)					
			Visio test (€ 15,00)					
			Visite c/o Nurservice snc - Via Campania n. 62 - 74121 Ta Rif. Vs. Prev. del 15/06/2022					

"I materiali ordinati dovranno essere consegnati franco Ns. magazzino sito in via C. Battisti 657 TARANTO dalle 9.00 alle 13.00. Il pagamento sarà effettuato nel termine sopra riportato. L'A.M.A.T. non riconosce ai propri fornitori interessi per ritardi pagam. Eventuali richieste in tal senso potranno essere soddisfatte solo previa messa in mora da parte del creditore e con l'applicazione del tasso di interesse legale; non saranno pertanto applicabili né i termini di decorrenza, né la misura degli interessi stabiliti dal D.lgs. 231/2002.

Le condizioni della fornitura sono quelle indicate nel presente documento e ogni altra eventuale clausola contenuta nella modulistica predisposta dai fornitori (copie commissioni ecc.) non è operante nei confronti dell'A.M.A.T.

FATTURAZIONE ELETTRONICA:
Formato trasmissione: FPR12 (Fattura tra privati)
Codice destinatario: 5WKJP7T"

IVA	Descrizione	Aliquota	Imponibile	Imposta	Totale
ES3	ESENTE ART.10	0,00	€ 90,00	€ 0,00	€ 90,00
		Totali	€ 90,00	€ 0,00	€ 90,00

Firme

 Il compilatore	 Resp. Unità A.C.	 Direttore Tecnico	 Direttore Generale	 PRESIDENTE
---	---	--	--	---

Emettere fattura in regime di scissione dei pagamenti - art. 17 ter-DPR 633/1972. Il Codice Destinatario di fatturazione elettronica è il seguente: 5WKJP7T

AMAT SPA

Allegato ft . N. 218 DEL 15/07/2022

POS	Data	Cognome E Nome	Prelievo	esami di laboratorio	Markers Epatite	tot. dipendente
1	16/06/22	Rizzo Fiorello	€ 5,00	€ 25,00		€ 30,00
2		Ricci Grazia	€ 5,00	€ 25,00		€ 30,00
3		Perrino Raffaele	€ 5,00	€ 25,00		€ 30,00
TOTALE						€ 90,00

routine di laboratorio

prel. venoso	€ 5,00
emocromo fl	€ 6,00
glicemia	€ 2,00
got	€ 2,50
gpt	€ 2,50
ggt	€ 2,50
ves	€ 3,00
es.urine	€ 4,00
creatinina	€ 2,50
totale	€ 30,00

markers epatite

hbsab	€ 14,00
hbsag	€ 14,00
hav	€ 14,00
hcv	€ 14,00
HavIGG	€ 14,00
Totale	€ 70,00

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 7696461641 Data SDI: 21/07/2022 13:46

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ECOPAN SANITA' SRL UNIPERSONALE Viale Magna Grecia n. 318 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT03248050738 Cod. Fiscale: 03248050738 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AMAT S.P.A. Via Cesare Battisti n. 657 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	219 ✓	2022-07-15	EUR 30,00 ✓
Causale			
Ns. rif. del 15/06/2022 - Vs. ordine n. OACE000328 del 16/06/2022			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

GIC 29B36D2F51

Dettaglio linee Fattura						
Articolo	Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
ERGOF	TEST ERGOFTALMOLOGICO // ESAME ERGOFTALMOLOGICO	NR	2	15,00	30,00	(N4)

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Esente art. 10 D.P.R. 633/72	0 %	30,00	0,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2022-08-14	EUR 30,00	✓	IT95R0881715801008000003265

Dati Trasmittente: IT01641790702 - Progressivo Invio: 000020xc5

Versione Style 2.9.0



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 7696461641 Data SDI: 21/07/2022 13:46

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ECOPAN SANITA' SRL UNIPERSONALE Viale Magna Grecia n. 318 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT03248050738 Cod. Fiscale: 03248050738 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AMAT S.P.A. Via Cesare Battisti n. 657 74121 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura

Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	219	2022-07-15	EUR 30,00
Causale			
Ns. rif. del 15/06/2022 - Vs. ordine n. OACE000328 del 16/06/2022			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

GIG Z9B36D2F51

Dettaglio linee Fattura

Articolo	Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
ERGOF	TEST ERGOFTALMOLOGICO // ESAME ERGOFTALMOLOGICO	NR	2	15,00	30,00	(N4)

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Esente art. 10 D.P.R. 633/72	0 %	30,00	0,00

Dati pagamento

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2022-08-14	EUR 30,00		IT95R0881715801008000003265

Dati Trasmittente: IT01641790702 - Progressivo Invio: 000020xc5

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 15-8.22	
DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA	FIRMA
02 SET 2022	

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
22 LUG. 2022	
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA
03-10-2022	

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
28/22	
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA	FIRMA
28/22	

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

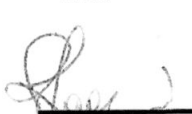
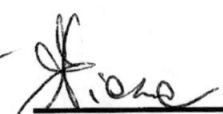
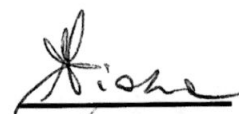
UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

Azienda Mobilita Area Taranto SpA Via Cesare Battisti, 657 Taranto 74121 TA P.I. 00146330733 C.F. 00146330733		ECOPAN SANITA' SRLU VIALE MAGNA GRECIA 318 74121 TA P.I. 03248050738 C.F. 03248050738 Tel: Fax: E-mail:																	
Ordini a Fornitore																			
Vostro Riferimento Prev. del 25/05/2022	Nostro Riferimento Art. 13 c. 2.1 Delib. 139 del 21/12/18	Data Doc. 16/06/2022	Numero Documento OACE000328																
Pag. 1																			
Causale AS@ Acquisti scorte Termini di consegna CIG Z9B36D2F51 Pagamento BONIFICO 60 GG DF																			
Commento: Indirizzo Spedizione: Trasporto a cura del:																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Articolo</th> <th style="width: 10%;">Cat.</th> <th style="width: 40%;">Descrizione</th> <th style="width: 5%;">U.M.</th> <th style="width: 5%;">Qta</th> <th style="width: 10%;">Valore €</th> <th style="width: 5%;">Sconto</th> <th style="width: 15%;">Imponibile €</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0556</td> <td></td> <td> Esami medici ai sensi del D.lgs. 271/99 Prelievo venoso (€ 5,00) Emocromo (€ 6,00) Esame urine (€ 4,00) Glicemia (€ 2,00) Creatinina (€ 2,50) Ves (€ 3,00) </td> <td></td> <td style="text-align: center;">2,00</td> <td style="text-align: right;">45,0000</td> <td></td> <td style="text-align: right;">90,00</td> </tr> </tbody> </table>				Articolo	Cat.	Descrizione	U.M.	Qta	Valore €	Sconto	Imponibile €	0556		Esami medici ai sensi del D.lgs. 271/99 Prelievo venoso (€ 5,00) Emocromo (€ 6,00) Esame urine (€ 4,00) Glicemia (€ 2,00) Creatinina (€ 2,50) Ves (€ 3,00)		2,00	45,0000		90,00
Articolo	Cat.	Descrizione	U.M.	Qta	Valore €	Sconto	Imponibile €												
0556		Esami medici ai sensi del D.lgs. 271/99 Prelievo venoso (€ 5,00) Emocromo (€ 6,00) Esame urine (€ 4,00) Glicemia (€ 2,00) Creatinina (€ 2,50) Ves (€ 3,00)		2,00	45,0000		90,00												
*I materiali ordinati dovranno essere consegnati franco Ns. magazzino sito in via C. Battisti 657 TARANTO dalle 9.00 alle 13.00. Il pagamento sarà effettuato nel termine sopra riportato. L'A.M.A.T. non riconosce ai propri fornitori interessi per ritardi pagam. Eventuali richieste in tal senso potranno essere soddisfatte solo previa messa in mora da parte del creditore e con l'applicazione del tasso di interesse legale; non saranno pertanto applicabili né i termini di decorrenza, né la misura degli interessi stabiliti dal D.lgs. 231/2002. Le condizioni della fornitura sono quelle indicate nel presente documento e ogni altra eventuale clausola contenuta nella modulistica predisposta dai fornitori (copie commissioni ecc.) non è operante nei confronti dell'A.M.A.T.																			
FATTURAZIONE ELETTRONICA: Formato trasmissione: FPR12 (Fattura tra privati) Codice destinatario: 5WKJP7T"																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">IVA</th> <th style="width: 30%;">Descrizione</th> <th style="width: 10%;">Aliquota</th> <th style="width: 15%;">Imponibile</th> <th style="width: 15%;">Imposta</th> <th style="width: 20%;">Totale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">Totali</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				IVA	Descrizione	Aliquota	Imponibile	Imposta	Totale			Totali							
IVA	Descrizione	Aliquota	Imponibile	Imposta	Totale														
		Totali																	

Azienda Mobilita Area Taranto SpA Via Cesare Battisti, 657 Taranto 74121 TA P.I. 00146330733 C.F. 00146330733				ECOPAN SANITA' SRLU VIALE MAGNA GRECIA 318 74121 TA P.I. 03248050738 C.F. 03248050738 Tel: Fax: E-mail:					
Ordini a Fornitore									
Vostro Riferimento Prev. del 25/05/2022		Nostro Riferimento Art. 13 c. 2.1 Delib. 139 del 21/12/18		Data Doc. 16/06/2022		Numero Documento OACE000328		Pag. 2	
Causale AS@ Acquisti scorte CIG Z9B36D2F51				Termini di consegna Pagamento BONIFICO 60 GG DF					
Commento: Indirizzo Spedizione: Trasporto a cura del:									
Articolo		Cat.	Descrizione	U.M.	Qta	Valore	Sconto	Imponibile	
Interno	Fornitore		GOT (€ 2,50) GPT (€ 2,50) Gamma GT (€ 2,50) Visio test (€ 15,00) Visite c/o Nurservice snc - Via Campania n. 62 - 74121 Ta Rif. Vs. Prev. del 15/06/2022						
"I materiali ordinati dovranno essere consegnati franco Ns. magazzino sito in via C. Battisti 657 TARANTO dalle 9.00 alle 13.00. Il pagamento sarà effettuato nel termine sopra riportato. L'A.M.A.T. non riconosce ai propri fornitori interessi per ritardi pagam. Eventuali richieste in tal senso potranno essere soddisfatte solo previa messa in mora da parte del creditore e con l'applicazione del tasso di interesse legale; non saranno pertanto applicabili né i termini di decorrenza, né la misura degli interessi stabiliti dal D.lgs. 231/2002. Le condizioni della fornitura sono quelle indicate nel presente documento e ogni altra eventuale clausola contenuta nella modulistica predisposta dai fornitori (copie commissioni ecc.) non è operante nei confronti dell'A.M.A.T. FATTURAZIONE ELETTRONICA: Formato trasmissione: FPR12 (Fattura tra privati) Codice destinatario: 5WKJP7T"									
IVA	Descrizione		Aliquota	Imponibile		Imposta		Totale	
ES3	ESENTE ART.10		0,00	€	90,00	€	0,00	€	90,00
			Totali	€	90,00	€	0,00	€	90,00

Firme

 _____ Il compilatore	 _____ Resp. unità A.C.	 _____ Direttore Tecnico	 _____ Direttore Generale	 _____ PRESIDENTE
--	--	---	---	--

Emettere fattura in regime di scissione dei pagamenti - art. 17 ter-DPR 633/1972. Il Codice Destinatario di fatturazione elettronica è il seguente: 5WKJP7T

Allegato ft . N. 219 DEL 15/07/2022

POS	Data	Cognome	spirometr	audiomet	ecg	Controllo Metaboliti	Visio Test	tot. dipendente
1	04/06/22	Ricci Grazia					€ 15,00	€ 15,00
2		Perrino Raffaele					€ 15,00	€ 15,00
							Totale	€ 30,00