

T 744/23

K

KYMA MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 23

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1994

INPS MATERA

visite fisiole aziendali

KYMA MOBILITÀ

KYMA MOBILITA' S.p.A.

Sede legale ed amministrativa: 74121 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
	2023	1.997	01/09/2023			62,01

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

I.N.P.S.- MATERA

/ ()

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: sessantadue e 01 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 712/P del 24/08/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

712/P

IMPORTO LORDO	62,01
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	62,01

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	62,01	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM. VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Mod. Fatt. VMC-2017-1

Matricola INPS: 7800449608/002
Partita IVA: 00146330733
Codice Fiscale: 00146330733

Sede di: **MATERA**
Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
P.IVA: 02121151001
C.F.: 80078750587

All'azienda:
AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 712 /P del 24/08/2018
Richiesta di pagamento Num. 000611 del 24/08/2018

Pagina 1 di 1

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	LATERZA / DOMENICO	26/07/1969	124980	05/07/2018	62,01

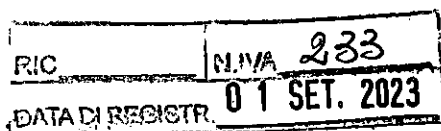
Importo Totale Euro	62,01
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	62,01

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede 4700
Causale contributo VMCF
Codice INPS 47004496180061165
Importi a debito versati 62,01

IL DIRETTORE DELLA SEDE
P. VIOLANTE



Oggetto: POSTA CERTIFICATA: Sede INPS 7800, matricola 7800449608, Visite mediche di controllo

Mittente: "Per conto di: inpscomunica@postacert.inps.gov.it" <posta-certificata@legalmail.it>

Data: 01/09/2023, 09:01

A: KYMAMOBILITA@PEC.KYMAMOBILITA.IT

Messaggio di posta certificata

Il giorno 01/09/2023 alle ore 09:01:43 (+0200) il messaggio "Sede INPS 7800, matricola 7800449608, Visite mediche di controllo" è stato inviato da "inpscomunica@postacert.inps.gov.it" indirizzato a:

kymamobilita@pec.kymamobilita.it

Il messaggio originale è incluso in allegato.

Identificativo messaggio: 266B86C2.003FA7D4.4F8C347E.91956D28.posta-certificata@legalmail.it

L'allegato daticert.xml contiene informazioni di servizio sulla trasmissione.

Certified email message

On 01/09/2023 at 09:01:43 (+0200) the message "Sede INPS 7800, matricola 7800449608, Visite mediche di controllo" was sent by "inpscomunica@postacert.inps.gov.it" and addressed to: kymamobilita@pec.kymamobilita.it
The original message is attached.

Message ID: 266B86C2.003FA7D4.4F8C347E.91956D28.posta-certificata@legalmail.it

The daticert.xml attachment contains service information on the transmission

— postacert.eml —

Oggetto: Sede INPS 7800, matricola 7800449608, Visite mediche di controllo

Mittente: INPS – Comunicazioni Bidirezionali <InpsComunica@postacert.inps.gov.it>

Data: 01/09/2023, 09:00

A: KYMAMOBILITA@PEC.KYMAMOBILITA.IT

===== ATTENZIONE ===== La risposta alla presente potrà essere corrisposta esclusivamente mediante il Cassetto Previdenziale Aziende disponibile sul sito istituzionale dell'INPS (<https://aziende.inps.it/dm10/menuaziende/default.aspx?S=S>) nella sezione "Servizi Online" > "Servizi per le aziende e consulenti" ===== Denominazione Azienda: KYMA MOBILITA' S.P.A. Numero Protocollo: INPS.CMBDR.01/09/2023.7552160 Nota Oggetto: Trasmissione fattura per visite mediche di controllo da pagare

Buongiorno.

Come richiesto, si trasmette la fattura allegata.

per il Direttore provinciale

Tiziana Miglio

Direttore Prestazioni della Direzione regionale Basilicata

- Allegato.zip

=====

La casella di posta certificata inpscomunica@postacert.inps.gov.it è utilizzata da INPS esclusivamente per l'invio automatizzato di comunicazioni all'utenza. Si invita pertanto a non scrivere a questo indirizzo, in quanto eventuali messaggi in ingresso non saranno letti (AZ528).

Per individuare le corrette modalità di contatto con l'Istituto, si prega di attenersi a quanto indicato nelle nostre comunicazioni, ovvero visitare la sezione "Contatti" del portale istituzionale dell'INPS (www.inps.it).

Clausola di riservatezza

Le informazioni contenute in questo messaggio di posta elettronica sono riservate e confidenziali e ne è vietata la diffusione in qualunque modo eseguita. Qualora Lei non fosse la persona a cui il presente messaggio è destinato, La invitiamo gentilmente ad eliminarlo dopo averne dato tempestiva comunicazione al mittente e a non utilizzare in alcun caso il suo contenuto. Qualsiasi utilizzo non autorizzato di questo messaggio e dei suoi eventuali allegati espone il responsabile alle relative conseguenze civili e penali.

Notice to recipient

This e-mail is strictly confidential and meant for only the intended recipient of the transmission. If you received this e-mail by mistake, any review, use, dissemination, distribution, or copying of this e-mail is strictly prohibited. Please notify us immediately of the error by return e-mail and please delete this message from your system. Thank you in advance for your cooperation.

=====

—Allegati:—

postacert.eml	11,7 kB
Allegato.zip	6,2 kB
dati-cert.xml	935 bytes

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Matricola INPS: 7800449608/002
 Partita IVA: 00146330733
 Codice Fiscale: 00146330733

Sede di: **MATERA**
 Sede legale: Via Ciro il Grande, 21 - 00144 ROMA
 P.IVA: 02121151001
 C.F.: 80078750587

All'azienda:
AMAT SPA
VIA CESARE BATTISTI N. 657
74121 TARANTO (TA)

Fattura Num. 712 /P del 24/08/2018
 Richiesta di pagamento Num. 000611 del 24/08/2018

Pagina 1 di 1

Si prega di voler pagare a questo Istituto l'importo sotto indicato a titolo di rimborso per le visite mediche di controllo effettuate su vostra richiesta nei confronti dei lavoratori sotto elencati:

Prg.	Cognome / nome del lavoratore	Data di nascita	Numero referto	Data della visita	Importo
1	LATERZA / DOMENICO	26/07/1969	124980	05/07/2018	62,01

Importo Totale Euro	62,01
Importo Bollo Euro	0,00
Importo da corrispondere Euro	62,01

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 P.18 del d.p.r. 633/72.

L'importo deve essere versato, entro 10 giorni, con modello F24 riportando nella sezione INPS i seguenti dati:

Codice Sede 4700
 Causale contributo VMCF
 Codice INPS 47004496180061165
 Importi a debito versati 62,01

IL DIRETTORE DELLA SEDE
P. VIOLANTE

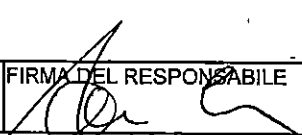
RIC. N. IVA 233
 DATA DI REGIST. 01 SET. 2023

KYMA

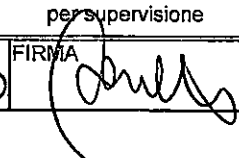
MOBILITÀ

VISTO

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 PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
01/09/2023	
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA	FIRMA
04/09/2023	

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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura _____	
data scadenza di pagamento presunta _____	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
01 SET. 2023	
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA
01-09-2023	

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento _____	
DATA	FIRMA

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

UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico	
Conferimento del..... Prot.....	
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.	
DATA	FIRMA

NOTE:

