

K

Ter

KYMA
MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 802

INPS MANUBRIA

Visita FISCAL

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
	2024	802	11/04/2024			342,62

IL CASSIERE

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

I.N.P.S.-Direzione Subprov.le Manduria

VIA ANTONIO BRUNO, 124

74024 MANDURIA (TA)

Partita IVA: 02121151001 C.F. 80078750587

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: trecentoquarantadue e 62 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 21-789000-2024-FT del 01/03/2024

PAGAMENTO FATTURE N.

341-789000-2021-FT, 362-789000-2023-FT, 363-789000-2023-FT,
21-789000-2024-FT

IMPORTO LORDO	342,62
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	342,62

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	342,62	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

CONTRIBUENTE									
CODICE FISCALE		0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3						☐ pagare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare	
DATI ANAGRAFICI cognome, denominazione o ragione sociale: KYMA MOBILITA' SPA TARANTO nome: _____ data di nascita: _____ sesso (M o F): _____ comune (o Stato estero) di nascita: _____ prov.: _____ giorno: _____ mese: _____ anno: _____ comune: _____ prov.: _____ via e numero civico: VIA C. BATTISTI, 657									
DOMICILIO FISCALE TARANTO									
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						SALDO (A-B)	
				TOTALE A		B			
SEZIONE INPS									
codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/filiale azienda		periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa		importi a debito versati	importi a credito compensati		
7890	VMCF	78909253210026903		00/0000 00/0000		70 2 4	0 0 0		
7890	VMCF	78909253230046228		00/0000 00/0000		139 1 4	0 0 0		
7890	VMCF	78904496230048196		00/0000 00/0000		67 5 5	0 0 0		
7890	VMCF	78904496240004768		00/0000 00/0000		65 6 9	0 0 0	SALDO (C-D)	
				TOTALE C		D		342 6 2	
SEZIONE REGIONI									
codice regione		codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati			
							SALDO (E-F)		
				TOTALE E		F			
SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI									
codice ente/codice comune		immo. vers. Acc. Saldo	numero immobile	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
									SALDO (G-H)
detrazione				TOTALE G		H			
SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI									
codice sede		codice atto	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati		
INAIL									
								SALDO (I-L)	
				TOTALE I		L			
codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa a mm/aaaa		importi a debito versati	importi a credito compensati		
				TOTALE M		N		SALDO (M-N)	
FIRMA									
SALDO FINALE									
EURO + 342 6 2									
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			
		AZIENDA		CAB/SPORTELLI					
giorno	mese	anno							
3	0	0	4	2	0	2	4	01030	15801
PROMEMORIA DELLA TRANSAZIONE ELETTRONICA									

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 6296820440 Data SDI: 10/02/2022 10:45

Formato Trasmissione: FPA12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di MANDURIA Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AZIENDA PER LA MOBILITA VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - TA - IT Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: UFBN90

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	341-789000-2021-FT	2021-12-07	EUR 70,24
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=7890, Causale=VMCF, Codice INPS=78909253210026903, Importo=70.24			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.04/11/2021.0053097 - VISITA A PLMP* DEL 04/11/2021 VISITA DOMICILIARE Num.51238 2021-11-05		70,24	70,24	(N2.2)

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	70,24	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

FTRV. 22/26

PNC	N.IVA 49
DATA DI REGISTRAZIONE 14 FEB. 2022	

DATA DI REGISTRAZIONE: 14 FEB. 2022

PNC

14 FEB. 2022

247993

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 6296820440 Data SDI: 10/02/2022 10:45

Formato Trasmissione: FPA12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di MANDURIA Via Ciro Il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AZIENDA PER LA MOBILITA VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - TA - IT Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: UFBN90

Dati Fattura

Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	341-789000-2021-FT	2021-12-07	EUR 70,24
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=7890, Causale=VMCF, Codice INPS=78909253210026903, Importo=70.24			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.04/11/2021.0053097 - VISITA A PLMP* DEL 04/11/2021 VISITA DOMICILIARE Num.51238 2021-11-05		70,24	70,24	(N2.2)

52.95,0004

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	70,24	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.9.0

FIRV. 22126

RIC	N.IVA 49
DATA DI REGIST. 14 FEB 2022	

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 20/12/23 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 15 FEB 2022 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA 11-06-2023 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 04/03/2022 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:



Consultazione Richiesta VMC

[Help](#)

Ricerca Con Criteri

Ricerca Puntuale

Annulla Ricerche

Richiesta selezionata

Protocollo: INPS.7890.04/11/2021.0053097 **Data Richiesta:** 04-11-2021

Dati Azienda

Codice Fiscale: 00146330733

Denominazione AZIENDA PER LA MOBILITA'

Dati Lavoratore

Cognome e Nome: POLIMENO PATRIZIA

Data e Luogo di Nascita: MANDURIA 14-10-1960

[Stampa richiesta visita medica>>](#)

Visualizzazione Esito

Esito

[Stampa esito visita medica>>](#)

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

Visita Domiciliare n.: 51238

Data Visita : 05-11-2021

Ora Visita : 10:49

Data scadenza prognosi medico di controllo : 17-11-2021

Visitato, incapace al lavoro, confermata/ridotta la data di scadenza prognosi del curante.

Indirizzo : VIA CARD. FERRARA 62

C.A.P. : 74024

Comune : MANDURIA

Provincia : TA

Dettaglio : -

Cognome : POLIMENO



ATTENZIONE: l'indirizzo della visita è variato rispetto a quello comunicato dal datore di lavoro nella richiesta

[<< Ritorna alle ricerche](#)

[Visualizza elenco richieste](#)



[Aiutaci a migliorare questa pagina](#)

[Scopri come usare il portale](#)

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 10904203059 Data SDI: 18/11/2023 14:50

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di MANDURIA Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	362-789000-2023-FT	2023-11-18	EUR 139,14
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=7890, Causale=VMCF, Codice INPS=78909253230046228, Importo=139.14			
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.17/10/2023.0043689 - VISITA A GRON* DEL 17/10/2023 VISITA DOMICILIARE Num.33054795 2023-10-18		69,97	69,97	(N2.2)
VMC - RIF. INPS.7890.30/10/2023.0045499 - VISITA A PSCM* DEL 30/10/2023 VISITA DOMICILIARE Num.33118993 2023-10-31		67,17	67,17	(N2.2)
escluse ex art.15		2,00	2,00	(N1)

RIC N.IVA 318
DATA DI REGIST. 23 NOV. 2023

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N1 (Escluse ex. art. 15) escluse ex art.15	0 %	2,00	0,00
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	137,14	0,00

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 10904203059 Data SDI: 18/11/2023 14:50

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di MANDURIA Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura

Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	362-789000-2023-FT	2023-11-18	EUR 139,14

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=7890,

Causale=VMCF, Codice INPS=78909253230046228, Importo=139.14

Importo Boilo Virtuale

2.00

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Descrizione	Qtà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.17/10/2023.0043689 - VISITA A GRON* DEL 17/10/2023 VISITA DOMICILIARE Num.33054795 2023-10-18		69,97	69,97	(N2.2)
VMC - RIF. INPS.7890.30/10/2023.0045499 - VISITA A PSCM* DEL 30/10/2023 VISITA DOMICILIARE Num.33118993 2023-10-31		67,17	67,17	(N2.2)
escluse ex art.15		2,00	2,00	(N1)

INVA 318
DATA DI REGISTRO 23 NOV. 2023

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N1 (Escluse ex. art. 15) escluse ex art.15	0 %	2,00	0,00
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	137,14	0,00

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 1 DIC. 2023	FIRMA _____

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento _____	
DATA 28/11/2023	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA 28/11/2023	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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura _____	
data scadenza di pagamento presunta _____	
DATA 23 NOV. 2023	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA 1 DIC. 2023	FIRMA _____

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

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 _____

NOTE:



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 11086725446 Data SDI: 14/12/2023 15:49

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di MANDURIA Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura

Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	363-789000-2023-FT	2023-12-14	EUR 67,55
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=7890, Causale=VMCF, Codice INPS=78904496230048196, Importo=67.55			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.03/11/2023.0046174 - VISITA A MRNM* DEL 03/11/2023 VISITA DOMICILIARE Num.33137589 2023-11-07		67,55	67,55	(N2.2)

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	67,55	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 392
DATA DI REGISTR. 15 DIC. 2023	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 11086725446 Data SDI: 14/12/2023 15:49

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente

ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di
MANDURIA

Via Ciro il Grande, 21

00144 - Roma - RM - IT

P.IVA: IT02121151001

Cod. Fiscale: 80078750587

Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)

Destinatario

AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO SPA

VIA CESARE BATTISTI 657

74121 - TARANTO - TA - IT

P.IVA: IT00146330733

Cod. Fiscale: 00146330733

Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura

Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	363-789000-2023-FT	2023-12-14	EUR 67,55

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=7890,
Causale=VMCF, Codice INPS=78904496230048196, Importo=67.55

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.03/11/2023.0046174 - VISITA A MRNM* DEL 03/11/2023 VISITA DOMICILIARE Num:33137589 2023-11-07		67,55	67,55	(N2.2)

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	67,55	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 392
DATA DI REGISTR. 15 DIC. 2023	

KYMA

MOBILITÀ

VISTI

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. <u>Aut. 24/2023</u> del _____	
Data scadenza pagamento <u>24-12-23</u>	
DATA <u>20/12/23</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA _____	FIRMA _____

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento _____	
DATA <u>20/12/23</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <u>20/12/23</u>	FIRMA <u>[firma]</u>

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. 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 <u>15 DIC 2023</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>11-04-2024</u>	FIRMA <u>[firma]</u>

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

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 _____

NOTE:

VERBA EFFETTIVATA [firma]



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:11611349308 Data SDI: 02/03/2024 03:43
Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di MANDURIA Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	21-789000-2024-FT	2024-03-01	EUR 65,69
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=7890, Causale=VMCF, Codice INPS=78904496240004768, Importo=65.69			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.08/01/2024.0000924 - VISITA A RCCV* DEL 09/01/2024 VISITA DOMICILIARE Num.33445242 2024-01-09		65,69	65,69	(N2.2)

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	65,69	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 86
DATA DI REGISTR. 06 MAR. 2024	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 11611349308 Data SDI: 02/03/2024 03:43

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE - INPS, Sede di MANDURIA Via Ciro il Grande, 21 00144 - Roma - RM - IT P.IVA: IT02121151001 Cod. Fiscale: 80078750587 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO SPA VIA CESARE BATTISTI 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	21-789000-2024-FT	2024-03-01	EUR 65,69
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=7890, Causale=VMCF, Codice INPS=78904496240004768, Importo=65.69			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura				
Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
VMC - RIF. INPS.7890.08/01/2024.0000924 - VISITA A RCCV* DEL 09/01/2024 VISITA DOMICILIARE Num.33445242 2024-01-09		65,69	65,69	(N2.2)

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N2.2 (Non soggette - altri casi) Fuori campo IVA ex art. 4 del DPR 633/1972	0 %	65,69	0,00

Dati Trasmittente: IT80078750587 - Progressivo Invo: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 86
DATA DI REGISTR. 06 MAR. 2024	

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

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. <u>24/15</u> del _____	
Data scadenza pagamento <u>10-3-24</u>	
DATA <u>15/3/24</u>	L'ADDETTO AL RISCOントRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>20 MAR. 2024</u>	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA <u>06 MAR. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>11-04-2024</u>	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 <u>14/3/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <u>14/3/2024</u>	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:

