

K

1362

KYMA MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1030

INVESTMENTS CARD

BLANK DI LABORATORIO

KYMA MOBILITÀ

KYMA MOBILITÀ 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	1.030	21/05/2024			633,20

IL CASSIERE

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

INVESTMENTS CARE SRL

VIA C. BATTISTI N.67A

70015 NOCI (BA)

Partita IVA: 06927590726 C.F. 06927590726

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: seicentotrentatrè e 20 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

CASSA RURALE ED ARTIGIANA DI C

IBAN: IT12C0846941580000000071190

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 0020/E24 del 30/03/2024

PAGAMENTO FATTURE N.

0020/E24 CIG 943225818A

IMPORTO LORDO	633,20
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	633,20

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	633,20	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:11816370381 Data SDI: 02/04/2024 12:19
Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
Investments Care srl Via Cesare Battisti 67/A 70015 - Noci - BA - IT P.IVA: IT06927590726 Cod. Fiscale: 06927590726 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA SPA Via Cesare Battisti N. 657 74100 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	0020/E24	2024-03-30	EUR 633,20
Causale			
Oggetto Affidamento: Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 81/2008 CIG: 943225818A Periodo: gennaio/marzo 2024			
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto
Ord.1 Data Ord. 2023-07-17 Item 1 Commessa 1 CUP 1 CIG 943225818A

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	ESAME URINE Ord. 1 Data Ord. 2023-07-17 Item 1 Commessa/Convenzione 1 CUP 1 CIG 943225818A Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	1,80	21,60	(N4)
RDB	OPPIODI E CANNABINOIDI URINARI (12 DETERMINAZIONI) Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	4	24,00	96,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	2,40	28,80	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	0,96	11,52	(N4)

Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	AST Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	0,96	11,52	(N4)
RDB	EMOCROMO Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	2,40	28,80	(N4)
RDB	CREATININA Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	0,96	11,52	(N4)
RDB	GGT Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	0,96	11,52	(N4)
RDB	GLICEMIA Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	0,96	11,52	(N4)
RDB	VES Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	1,20	14,40	(N4)
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	4	12,00	48,00	(N4)
RDB	VISITA OCULISTICA Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	7	48,00	336,00	(N4)
	Marca Da Bollo Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	1	2,00	2,00	(N1)

Dati Riepilogo				
Natura/Esigibilità IVA		Spese accessorie	Al. IVA	Imponibile
N4 (Esenti) Prestazione sanitaria esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1.n. 18 del D.P.R. 633/1972 e successive			0 %	631,20
N1 (Escluse ex. art. 15) Escluso IVA ai sensi dell'art. 15, comma n.5 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni		2,00	0 %	2,00

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

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Bonifico	2024-04-29	EUR 633,20		IT12C0846941580000000071190

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: Z7ZNI

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>103</u>
DATA DI REGISTR. <u>04 APR 2024</u>	

FATTURAELETTRONICA

Id SDI:11816370381 Data SDI: 02/04/2024 12:19
Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
Investments Care srl Via Cesare Battisti 67/A 70015 - Noci - BA - IT P.IVA: IT06927590726 Cod. Fiscale: 06927590726 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA SPA Via Cesare Battisti N. 657 74100 - Taranto - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	0020/E24	2024-03-30	EUR 633,20
Causale			
Oggetto Affidamento: Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 81/2008 CIG: 943225818A Periodo: gennaio/marzo 2024			
Importo Bollo Virtuale			
2,00			

Dati ordine acquisto
Ord.1 Data Ord. 2023-07-17 Item 1 Commessa 1 CUP 1 CIG 943225818A

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	ESAME URINE Ord. 1 Data Ord. 2023-07-17 Item 1 Commessa/Convenzione 1 CUP 1 CIG 943225818A Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	1,80	21,60	(N4)
RDB	OPPIOIDI E CANNABINOIDI URINARI (12 DETERMINAZIONI) Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	4	24,00	96,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	2,40	28,80	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	0,96	11,52	(N4)

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. _____ 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 _____
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 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 _____

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

NOTE:

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 _____



Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	AST Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	0,96	11,52	(N4)
RDB	EMOCROMO Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	2,40	28,80	(N4)
RDB	CREATININA Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	0,96	11,52	(N4)
RDB	GGT Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	0,96	11,52	(N4)
RDB	GLICEMIA Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	0,96	11,52	(N4)
RDB	VES Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	12	1,20	14,40	(N4)
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	4	12,00	48,00	(N4)
RDB	VISITA OCULISTICA Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	7	48,00	336,00	(N4)
	Marca Da Bollo Data inizio periodo: 2024-03-30 Data fine periodo: 2024-03-30	1	2,00	2,00	(N1)

Dati Riepilogo				
Natura/Esigibilità IVA	Spese accessorie	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Prestazione sanitaria esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1.n. 18 del D.P.R. 633/1972 e successive		0 %	631,20	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) Escluso IVA ai sensi dell'art. 15, comma n.5 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni	2,00	0 %	2,00	0,00

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

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale
Contr. Rep. n. _____ del _____	Data scadenza pagamento _____
Conv. n. _____ del _____	DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____
Determ. A.D. n. _____ del _____	IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione
Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____	DATA _____ FIRMA _____
DATA _____ L'ADDETTO AL RISCONTRO _____	
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA _____ FIRMA _____	

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali
data scadenza pagamento indicata in fattura _____	Contr. Rep. n. _____ del _____
data scadenza di pagamento presunta _____	Delib. C.A. n. _____ del _____
DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____	Delib. C.A. n. _____ del _____
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	Delib. C.A. n. _____ del _____
DATA _____ FIRMA _____	Data scadenza pagamento _____
	DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____
	IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione
	DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori
Data scadenza pagamento _____	Data scadenza pagamento _____
DATA _____ FIRMA _____	DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____
	IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione
	DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____

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



Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Bonifico	2024-04-29	EUR 633,20		IT12C0846941580000000071190

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: Z7ZNI

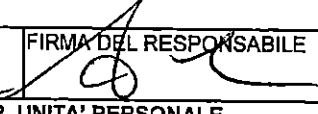
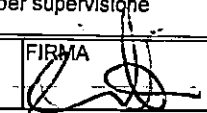
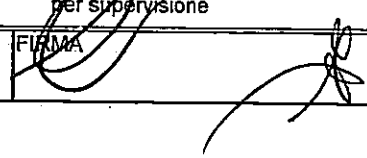
Versione Style 2.10.1

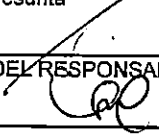
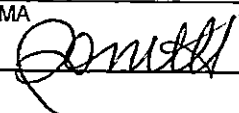
PNC	N.IVA 103
DATA DI REGISTR. 04 APR. 2024	

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale
Contr. Rep. n. _____ del _____	Data scadenza pagamento _____
Conv. n. _____ del _____	DATA <u>5/4/2024</u> FIRMA DEL RESPONSABILE 
Determ. A.D. n. _____ del _____	IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione
Delib. C.A. n. <u>52</u> del <u>19</u>	DATA <u>5/4/2024</u> FIRMA 
Data scadenza pagamento <u>29-4-24</u>	
DATA <u>9-4-24</u> L'ADDETTO AL RISCONTRO 	
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>18 APR. 2024</u> FIRMA 	

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali
data scadenza pagamento indicata in fattura _____	Contr. Rep. n. _____ del _____
data scadenza di pagamento presunta _____	Delib. C.A. n. _____ del _____
DATA <u>04 APR. 2024</u> FIRMA DEL RESPONSABILE 	Delib. C.A. n. _____ del _____
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	Delib. C.A. n. _____ del _____
DATA <u>21-05-2024</u> FIRMA 	Data scadenza pagamento _____
	DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____
	IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione
	DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori
Data scadenza pagamento _____	Data scadenza pagamento _____
DATA _____ FIRMA _____	DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____
	IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione
	DATA _____ FIRMA DEL RESPONSABILE _____

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



Oggetto: ft. 20/e24 del 30/3/24

Mittente: Appalti PEC <appalti@pec.kymamobilità.it>

Data: 04/04/2024, 14:11

A: investmentscare@pec.it

Salve, in riferimento alla fatturta in oggetto si chiede giustificativo con elenco del personale sottoposto a visita.

grazie saluti

kyma mobilità

KYMA MOBILITA' SPA, via Cesare Battisti n. 657 - 74121 Taranto (TA)
P.Iva 00146330733 - SDI: 5WKJP7T
pec: kymamobilita@pec.kimamobilita.it

Oggetto Affidamento: Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 81/2008
CIG: 943225818A

Fatturazione Iva esente ex art. 10 - Termini pagamento: 30gg Data Ricezione Fattura

REPORT PRESTAZIONI ESEGUITE MESI DI GENNAIO - MARZO 2024

N.	PRESTAZIONE	N. PREST. ESEGUITE	VALORE UNITARIO	IMPORTO TOTALE PER PRESTAZIONE
1	ESAME URINE	12	1,80 €	21,60 €
2	OPPIOI E CANNABINOIDI URINARI (12 DETERMINAZIONI)	4	24,00 €	96,00 €
3	PRELIEVO SANGUE	12	2,40 €	28,80 €
4	ALT	12	0,96 €	11,52 €
5	AST	12	0,96 €	11,52 €
6	EMOCROMO	12	2,40 €	28,80 €
7	AZOTEMIA		0,96 €	- €
8	CREATININA	12	0,96 €	11,52 €
9	GGT	12	0,96 €	11,52 €
10	GLICEMIA	12	0,96 €	11,52 €
11	COLESTEROLO TOTALE		0,96 €	- €
12	COLESTEROLO HDL		1,20 €	- €
13	COLESTEROLO LDL		0,72 €	- €
14	TRIGLICERIDI		0,96 €	- €
15	BILIRUBINA TOTALE		0,96 €	- €
16	BILIRUBINA FRAZIONATA		1,20 €	- €
17	CARBOSSIEMOBLOINA		9,60 €	- €
18	Transferrina Carboidrato Carente (CDT)		12,00 €	- €
19	Ves	12	1,20 €	14,40 €
20	FOSFATASI ALCALINA		0,96 €	- €
21	ECG sotto sforzo		60,00 €	- €
22	ELETTROCARDIOGRAMMA	4	12,00 €	48,00 €
23	SPIROMETRIA	0	14,40 €	- €
24	VISITA OCULISTICA	7	48,00 €	336,00 €
25	RX TORACE 2 PROIEZIONI		30,00 €	- €
26	RX RACHIDE 2 proiezioni		30,00 €	- €
27	AUDIOMETRIA	0	14,40 €	- €
28	VISITA OTORINO		36,00 €	- €
29	VISITA FISIATRA		36,00 €	- €
			TOTALE	631,20 €

MOBILITA' GENNAIO-MARZO 2024

CIG. 943225818A

COGNOME	NOME	SESSO	DATA NASCITA	MATR.	COD. FISCALE	MANSIONE	ROUTINE EMATICA (prelievo, emocromo, creatininemia, glicemia, esame urine, got, gpt, ggt, ves)
AUGENTI	NICOLA	M	19/01/1971		GNTNCL71A19L049T	Addetto Rimessaggio	
FORTE	STEFANIA	F	28/02/1976		FRTSFN76B68L049R	Impiegato Amministrativo	1
GALASSO	ALESSANDRO	M	12/01/1996		GLSLSN96A12L049P	Impiegato Amministrativo	1
GENCHI	MICHELE	M	13/04/1979		GNCMHL79D13L049V	Impiegato Amministrativo	1
MALVANI	VITA	F	16/07/1974		MLVVTI74L56C136R	Impiegato Amministrativo	1
CRISTINA	KATIA	F	02/05/1967		CRSKTA67E42L049F	Impiegato Amministrativo	1
DI PINO	ANDREA	M	21/03/1970		DPNNDR70C21L049K	Capolinea	1
DI PONZIO	COSIMO	M	23/05/1982		DPNCSM82E23L049O	Impiegato Amministrativo	1
FERRETTI	DAMIANO	M	29/12/1970		FRRDMN70T29L049H	Capolinea	1
LENTINI	GIUSEPPE	M	12/06/1969		LNTGPP69H12L049J	Operatore della mobilità	1
MUSTAFA	VITO	M	10/10/1974		MSTVTI74R10L049F	Manovratore	1
PAVONCELLI	GIOVANNI	M	18/06/1977		PVNGNN77H18F784B	Verificatore titoli di viaggio/Controllore	1
SCARCI	ROSARIA	F	19/06/1968		SCRRSR68H59L049P	Impiegato Amministrativo	1
							12