

K

KYMA

MOBILITÀ

10667/24

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1029

INVESTMENTS GREE SRL

"VISTE REDDITE"

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	1.229	19/06/2024			4.650,60

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: quattromilaseicentocinquanta e 60 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

CASSA RURALE ED ARTIGIANA DI C

IBAN: IT12C0846941580000000071190

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 0062/E23 del 30/10/2023

PAGAMENTO FATTURE N.

0068/E23 CIG 943225818A, 0079/E23 CIG 943225818A, 0062/E23
CIG 943225818A

IMPORTO LORDO	4.650,60
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	4.650,60

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	4.650,60	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		
ESTREMI DELIBERA			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 10756930238 Data SDI: 30/10/2023 09:32

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
Investments Care srl Via Cesare Battisti 67A 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	0062/E23	2023-10-30	EUR 2.004,20
Causale			
Oggetto Affidamento Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 812008 CIG 943225818A Periodo settembreottobre2023			
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: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	1,80	88,20	(N4)
RDB	OPPIODI E CANNABINOIDI URINARI 12 DETERMINAZIONI Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	18	24,00	432,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	2,40	117,60	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	0,96	47,04	(N4)

Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	AST Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	0,96	47,04	(N4)
RDB	EMOCROMO Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	2,40	117,60	(N4)
RDB	CREATININA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	0,96	47,04	(N4)
RDB	GGT Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	0,96	47,04	(N4)
RDB	GLICEMIA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	0,96	47,04	(N4)
RDB	VES Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	1,20	58,80	(N4)
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	25	12,00	300,00	(N4)
RDB	VISITA OCULISTICA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	10	48,00	480,00	(N4)
RDB	SPIROMETRIA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	7	14,40	100,80	(N4)
RDB	AUDIOMETRIA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	5	14,40	72,00	(N4)
	Marca Da Bollo Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	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 %	2.002,20	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					
	Bonifico	2023-11-29	EUR 2.004,20		IT12C0846941580000000071190

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: Z7ASH

Versione Style 2.10.1

RIC	N. IVA <i>292</i>
DATA DI REGISTR. <i>31 OTT. 2023</i>	

Dati Trasmittente: IT12281740154 - Progressivo Invio: 1T1XBN

FATTURA ELETTRONICA

Versione Style 2.10.1

Id SDI: 10756930238 Data SDI: 30/10/2023 09:32

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
Investments Care srl Via Cesare Battisti 67A 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	0062/E23	2023-10-30	EUR 2.004,20

Causale

Oggetto Affidamento Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 812008 CIG 943225818A
Periodo settembrettobre2023

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: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	1,80	88,20	(N4)
RDB	OPPIOIDI E CANNABINOIDI URINARI 12 DETERMINAZIONI Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	18	24,00	432,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	2,40	117,60	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	0,96	47,04	(N4)

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conv. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Determ. A.D. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA</td> <td>L'ADDETTO AL RISCONTRO</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	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 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																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili</th> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza pagamento indicata in fattura _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza di pagamento presunta _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> </table>	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 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																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici		Data scadenza pagamento _____		DATA	FIRMA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> </table>	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																														
UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori																															
Data scadenza pagamento _____																															
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																														
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione																															
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Conferimento del..... Prot.....</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico		Conferimento del..... Prot.....		IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.		DATA	FIRMA	NOTE:																						
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: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	0,96	47,04	(N4)
RDB	EMOCROMO Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	2,40	117,60	(N4)
RDB	CREATININA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	0,96	47,04	(N4)
RDB	GGT Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	0,96	47,04	(N4)
RDB	GLICEMIA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	0,96	47,04	(N4)
RDB	VES Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	49	1,20	58,80	(N4)
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	25	12,00	300,00	(N4)
RDB	VISITA OCULISTICA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	10	48,00	480,00	(N4)
RDB	SPIROMETRIA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	7	14,40	100,80	(N4)
RDB	AUDIOMETRIA Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	5	14,40	72,00	(N4)
	Marca Da Bollo Data inizio periodo: 2023-10-30 Data fine periodo: 2023-10-30	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 %	2.002,20	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

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>62</u> del <u>19</u>	
Data scadenza pagamento <u>5/11/20</u>	
DATA <u>30/5/20</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 _____	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 _____



Dati pagamento

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2023-11-29	EUR 2.004,20		IT12C0846941580000000071190

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: ZTASH

Versione Style 2.10.1

RIC. N. IV^a 292
DATA DI REGIST. 31 OTT. 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. <u>62</u> del <u>19</u>	
Data scadenza pagamento <u>548100</u>	
DATA <u>30/5/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>05/05/2024</u>	FIRMA

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA <u>30/05/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <u>30/05/2024</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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA <u>3 MAG. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>20-06-2024</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 TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

2° copia



COGNOME	NOME	SESSO	DATA NASCITA	MATR.	COD. FISCALE	MANSIONE	ROUTINE EMATICA (prelievo, emocromo, creatinemia, glicemia, esame urine, got, gpt, ggt, vcs)
BARBALINARDO	LEONARDOANTONIO	M	31/07/1964		BRBLRD64131L049Y	OPERATORE DELLA SOSTA/ADEDETTO PARCOMETRI	1
BUONCORE	PIETRO	M	16/03/1960	109500	BNCPTR60C16L049H	PORTIERE/CUSTODE/USCIERE	1
CANIGLIA	ROBERTO	M	24/04/1965	500115	CNGRRT65D24L049W	OPERATORE DELLA SOSTA/ADEDETTO PARCOMETRI	1
CARABOTTA	VINCENZO	M	19/01/1994	112150	CRBVCN94A19L049Q	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PR	1
CARDONE	ANTONIO COSIMO	M	19/10/1958	112903	CRDNNC58R19D171V	VERIFICATORE TITOLI DI VIAGGIO / CONTROLLORE	1
CARRINO	EMANUELE	M	05/06/1962	114660	CRRMNL62H05L049B	VERIFICATORE TITOLI DI VIAGGIO / CONTROLLORE	1
CARRINO	GIUSEPPE	M	25/06/1972	114750	CRRGPP72H25L049M	PORTIERE/CUSTODE/USCIERE	1
CAVALLO	GIUSEPPE	M	05/10/1973	117310	CVLGPP73R05L049C	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
CHILOIRO	PIERLUIGI	M	09/09/1987	119430	CHPLG87P09E205J	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PR	1
DOLMO	ANTONIO	M	29/01/1965	500255	DLMNTN65A29L049B	OPERATORE DELLA SOSTA/ADEDETTO PARCOMETRI	1
DORO	GENNARO	M	27/07/1977		DROGNT77L27L049G	VERIFICATORE TITOLI DI VIAGGIO / CONTROLLORE	1
DRAGONE	ENRICO	M	13/05/1975		DGNNRC75E13E882H	CAPO OPERAIO/CAPO DEPOSITO	1
GIORGINO	GIOVANNI	M	17/04/1968		GRGGNN68D17E995Z	CAPO OPERAIO/CAPO DEPOSITO	1
JIMMUNE	MANUEL	M	08/06/1992	147555	MMNMNL82H08L049H	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
INERTE	CARLO	M	04/11/1964			PORTIERE/CUSTODE/USCIERE	1
LA GIOIA	FABIO	M	21/11/1974	148970	LGAFBA74S21L049K	VERIFICATORE TITOLI DI VIAGGIO / CONTROLLORE	1
LADIANA	COSIMO	M	18/02/1959	149195	LDNCSM59B18L049C	PORTIERE/CUSTODE/USCIERE	1
LUCCARELLI	CIRO	M	08/02/1969	155201	LCOCR169B08D171E	IMPIEGATO AMMINISTRATIVO/COORDINATORE/ADEDETTO ESERCIZIO	1
MAGNATI	LUCA	M	25/06/1993	155810	MGNLCU93H25L049R	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PR	1
MARTELOTTA	ORAZIO	M	14/08/1959		MRTRZO59M14E986T	IMPIEGATO AMMINISTRATIVO/COORDINATORE/ADEDETTO ESERCIZIO	1
MARZO	MASSIMILIANO	M	27/09/1972	158780	MRZMSM72P27L049Q	IMPIEGATO AMMINISTRATIVO/COORDINATORE/ADEDETTO ESERCIZIO	1
MASI	FABIO	M	25/06/1973	158900	MSAFBA73H25L049B	IMPIEGATO AMMINISTRATIVO/COORDINATORE/ADEDETTO ESERCIZIO	1
MERCURI	MASSIMILIANO	M	15/04/1972		MRCMSM72D15L049X	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
MONACO	COSTANTINO	M	08/12/1977	163190	MNCCYN77T06H926H	IMPIEGATO AMMINISTRATIVO/COORDINATORE/ADEDETTO ESERCIZIO	1
MONETTI	FRANCO	M	08/12/1968		MNTFNC68T08C424U	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
NOVELLINO	MICHELE	M	05/08/1972	500565	NVLMHL72M05L049Q	PORTIERE/CUSTODE/USCIERE	1
PANARELLI	ANGELO	M	07/01/1981	170700	PNNRGL81A07L049I	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PR	1
PELUSO	EMMANUELE	M	22/09/1967	500610	PLSMNL67P22L049I	OPERATORE DELLA SOSTA/ADEDETTO PARCOMETRI	1
PERILLO	LUIGI	M	10/11/1976	172200	PRLLGU76S10L049O	VERIFICATORE TITOLI DI VIAGGIO / CONTROLLORE	1
PETROSILLO	VINCENZO	M	22/03/1981	173750	PTRVCN81C22F376F	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
PICARO	TOMMASO	M	18/08/1969	174355	PCRTMS69H16G252Q	PORTIERE/CUSTODE/USCIERE	1
PISANI	DARIO	M	01/11/1980	176600	PSNDRA80S01L049Q	IMPIEGATO AMMINISTRATIVO/COORDINATORE/ADEDETTO ESERCIZIO	1
PIZZOLLA	ANTONIO	M	06/08/1970	500645	PZZNTN70M06L049W	OPERATORE DELLA SOSTA/ADEDETTO PARCOMETRI	1
PRUDENZANO	GIUSEPPE	M	07/09/1970	177480	PRDGGP70P07L049V	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
PULPITO	GIROLAMO	M	14/02/1987	178400	PLPGLM87B14L049I	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
RAHO	FRANCESCO	M	29/09/1976	180050	RHAFNC76P29F784B	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
RESSA	FRANCESCO	M	04/04/1988	180699	RSSFNC88D04L049P	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
ROMANAZZI	GIUSEPPE	M	08/03/1963	500720	RMNGPP63C08L049N	PORTIERE/CUSTODE/USCIERE	1
SALAMINO	GIANCARLO	M	16/10/1982	184180	SLMGRC82R16L049V	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
SAPIO	MARCELLO	M	06/02/1969	185770	SPAMCL69B06E205N	VERIFICATORE TITOLI DI VIAGGIO / CONTROLLORE	1
SCALZI	PREMIO	M	12/11/1976	187050	SCLPRM76S12L049B	IMPIEGATO AMMINISTRATIVO/COORDINATORE/ADEDETTO ESERCIZIO	1
SCHINO	MICHELE	M	23/08/1965	187750	SCHMHL65M23L049Z	VERIFICATORE TITOLI DI VIAGGIO / CONTROLLORE	1
SEMEARO	PATRIZIA	F	26/02/1970	500785	SMRPRZ70B66L049Z	OPERATORE DELLA SOSTA/ADEDETTO PARCOMETRI	1
SEMERARO	GIUSEPPE	M	06/10/1995	189650	SMRGPP95R06H096H	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
SPADA	CARMINE	M	01/08/1986	191000	SPDCMN86M01L049R	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
SPERTI	PIETRO	M	21/07/1988	191200	SPRPTR88L21L049V	OPERATORE DI ESERCIZIO	1
SPERTI	MASSIMO	M	05/06/1970	191105	SPRMSM70H05L049Z	IMPIEGATO AMMINISTRATIVO/COORDINATORE/ADEDETTO ESERCIZIO	1
STANTE	MARCO	M	10/05/1971	500790	STNMRC71E10H501S	OPERATORE DELLA SOSTA/ADEDETTO PARCOMETRI	1
ZINGAROPOLI	MICHELE	M	13/11/1975	198700	ZNGMHL75S13H882Q	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PR	1

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:10985584434 Data SDI: 01/12/2023 09:44

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
Investments Care srl Via Cesare Battisti 67A 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	0068/E23	2023-11-30	EUR 1.407,20
Causale			
Oggetto Affidamento Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 812008 CIG 943225818A Periodo novembre 2023			
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

60.03.0008

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: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	1,80	39,60	(N4)
RDB	OPPIOI E CANNABINOIDI URINARI 12 DETERMINAZIONI Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	19	24,00	456,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	2,40	52,80	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	0,96	21,12	(N4)

Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	AST Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	0,96	21,12	(N4)
RDB	EMOCROMO Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	2,40	52,80	(N4)
RDB	CREATININA Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	0,96	21,12	(N4)
RDB	GGT Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	0,96	21,12	(N4)
RDB	GLICEMIA Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	0,96	21,12	(N4)
RDB	VES Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	1,20	26,40	(N4)
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	20	12,00	240,00	(N4)
RDB	SPIROMETRIA Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	15	14,40	216,00	(N4)
RDB	AUDIOMETRIA Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	15	14,40	216,00	(N4)
	Marca Da Bollo Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	1	2,00	2,00	(N1)

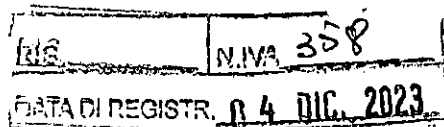
Dati Riepilogo				
Natura/Esigibilità IVA	Spese accessorie	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Prestazione sanitaria esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1.n. 18 del D.P.R. 633/1972 e successive		0 %	1.405,20	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) Escluso IVA ai sensi dell'art. 15, comma n.5 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni	2,00	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2023-12-30	EUR 1.407,20		IT12C0846941580000000071190

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: Z7GF1

Versione Style 2.10.1



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 10985584434 Data SDI: 01/12/2023 09:44

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente

Investments Care srl
Via Cesare Battisti 67A
70015 - Noci - BA - IT
P.IVA: IT06927590726
Cod. Fiscale: 06927590726
Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)

Destinatario

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	0068/E23	2023-11-30	EUR 1.407,20

Causale

Oggetto Affidamento Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 812008 CIG 943225818A
Periodo novembre 2023

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

66.03.008

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: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	1,80	39,60	(N4)
RDB	OPPIOIDI E CANNABINOIDI URINARI 12 DETERMINAZIONI Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	19	24,00	456,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	2,40	52,80	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	0,96	21,12	(N4)

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. _____ 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

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

NOTE:

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: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	0,96	21,12	(N4)
RDB	EMOCROMO Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	2,40	52,80	(N4)
RDB	CREATININA Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	0,96	21,12	(N4)
RDB	GGT Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	0,96	21,12	(N4)
RDB	GLICEMIA Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	0,96	21,12	(N4)
RDB	VES Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	22	1,20	26,40	(N4)
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	20	12,00	240,00	(N4)
RDB	SPIROMETRIA Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	15	14,40	216,00	(N4)
RDB	AUDIOMETRIA Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	15	14,40	216,00	(N4)
	Marca Da Bollo Data inizio periodo: 2023-11-30 Data fine periodo: 2023-11-30	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 %	1.405,20	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

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

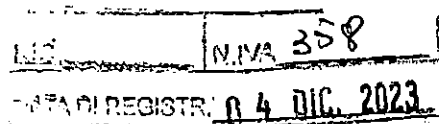
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conv. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Determ. A.D. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA</td> <td>L'ADDETTO AL RISCONTRO</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	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 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																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili</th> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza pagamento indicata in fattura _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza di pagamento presunta _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> </table>	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 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																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici		Data scadenza pagamento _____		DATA	FIRMA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> </table>	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																												
UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori																													
Data scadenza pagamento _____																													
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																												
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione																													
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Conferimento del..... Prot.....</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico		Conferimento del..... Prot.....		IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.		DATA	FIRMA	NOTE:																				
UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico																													
Conferimento del..... Prot.....																													
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.																													
DATA	FIRMA																												



Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2023-12-30	EUR 1.407,20		IT120846941580000000071190

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: Z7GF1

Versione Style 2.10.1



KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conv. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Determ. A.D. n. <u>42</u> del <u>19</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. <u>526 SA</u> del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento <u>5/6/24</u></td> </tr> <tr> <td>DATA <u>30/5/24</u></td> <td>L'ADDETTO AL RISCONTRO _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>05 GIU. 2024</u></td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table>	UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto		Contr. Rep. n. _____ del _____		Conv. n. _____ del _____		Determ. A.D. n. <u>42</u> del <u>19</u>		Delib. C.A. n. <u>526 SA</u> del _____		Data scadenza pagamento <u>5/6/24</u>		DATA <u>30/5/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO _____	IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione		DATA <u>05 GIU. 2024</u>	FIRMA _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>30/05/2024</u></td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>30/05/2024</u></td> <td>FIRMA <u>[Firma]</u></td> </tr> </table>	UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale		Data scadenza pagamento _____		DATA <u>30/05/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>	IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione		DATA <u>30/05/2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>
UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto																													
Contr. Rep. n. _____ del _____																													
Conv. n. _____ del _____																													
Determ. A.D. n. <u>42</u> del <u>19</u>																													
Delib. C.A. n. <u>526 SA</u> del _____																													
Data scadenza pagamento <u>5/6/24</u>																													
DATA <u>30/5/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO _____																												
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione																													
DATA <u>05 GIU. 2024</u>	FIRMA _____																												
UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale																													
Data scadenza pagamento _____																													
DATA <u>30/05/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>																												
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione																													
DATA <u>30/05/2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili</th> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza pagamento indicata in fattura _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza di pagamento presunta _____</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>30 MAG 2024</u></td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>20-06-2024</u></td> <td>FIRMA <u>[Firma]</u></td> </tr> </table>	UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili		data scadenza pagamento indicata in fattura _____		data scadenza di pagamento presunta _____		DATA <u>30 MAG 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>	IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione		DATA <u>20-06-2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table>	UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali		Contr. Rep. 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 <u>30 MAG 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>																												
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione																													
DATA <u>20-06-2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>																												
UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali																													
Contr. Rep. 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 _____																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table>	IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici		Data scadenza pagamento _____		DATA _____	FIRMA _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table>	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 _____																												
UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori																													
Data scadenza pagamento _____																													
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																												
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione																													
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Conferimento del..... Prot.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table>	UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico		Conferimento del..... Prot.....		IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.		DATA _____	FIRMA _____	NOTE: <u>2° copia</u>																				
UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico																													
Conferimento del..... Prot.....																													
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.																													
DATA _____	FIRMA _____																												



MOBILITA' NOVEMBRE 2023

CIG. 943225818A

[illegible]

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 11195796281 Data SDI: 30/12/2023 12:39

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
Investments Care srl Via Cesare Battisti 67A 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	0079/E23	2023-12-30	EUR 1.239,20
Causale			
Oggetto Affidamento Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 81/2008 CIG 943225818A Periodo novembre 2023			
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: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	1,80	32,40	(N4)
RDB	OPPIOIDI E CANNABINOIDI URINARI 12 DETERMINAZIONI Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	16	24,00	384,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	2,40	43,20	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	0,96	17,28	(N4)

Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	AST Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	0,96	17,28	(N4)
RDB	EMOCROMO Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	2,40	43,20	(N4)
RDB	CREATININA Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	0,96	17,28	(N4)
RDB	GGT Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	0,96	17,28	(N4)
RDB	GLICEMIA Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	0,96	17,28	(N4)
RDB	VES Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	1,20	21,60	(N4)
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	15	12,00	180,00	(N4)
RDB	SPIROMETRIA Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	16	14,40	230,40	(N4)
RDB	AUDIOMETRIA Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	15	14,40	216,00	(N4)
	Marca Da Bollo Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	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 %	1.237,20	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					
	Bonifico	2024-01-29	EUR 1.239,20		IT12C0846941580000000071190

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: Z7K8D

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>LOK</u>
DATA DI REGISTR. <u>31 DIC. 2023</u>	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:11195796281 Data SDI: 30/12/2023 12:39

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente

Investments Care srl
Via Cesare Battisti 67A
70015 - Noci - BA - IT
P.IVA: IT06927590726
Cod. Fiscale: 06927590726
Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)

Destinatario

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	0079/E23	2023-12-30	EUR 1.239,20

Causale

Oggetto Affidamento Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 812008 CIG 943225818A
Periodo novembre 2023

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: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	1,80	32,40	(N4)
RDB	OPPIOIDI E CANNABINOIDI URINARI 12 DETERMINAZIONI Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	16	24,00	384,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	2,40	43,20	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	0,96	17,28	(N4)

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conv. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Determ. A.D. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA</td> <td>L'ADDETTO AL RISCONTRO</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	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 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																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili</th> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza pagamento indicata in fattura _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza di pagamento presunta _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> </table>	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 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																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici		Data scadenza pagamento _____		DATA	FIRMA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> </table>	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																														
UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori																															
Data scadenza pagamento _____																															
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																														
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione																															
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Conferimento del..... Prot.....</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico		Conferimento del..... Prot.....		IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.		DATA	FIRMA	NOTE:																						
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: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	0,96	17,28	(N4)
RDB	EMOCROMO Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	2,40	43,20	(N4)
RDB	CREATININA Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	0,96	17,28	(N4)
RDB	GGT Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	0,96	17,28	(N4)
RDB	GLICEMIA Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	0,96	17,28	(N4)
RDB	VES Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	18	1,20	21,60	(N4)
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	15	12,00	180,00	(N4)
RDB	SPIROMETRIA Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	16	14,40	230,40	(N4)
RDB	AUDIOMETRIA Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	15	14,40	216,00	(N4)
	Marca Da Bollo Data inizio periodo: 2023-12-30 Data fine periodo: 2023-12-30	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 %	1.237,20	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

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 scadenza pagamento _____
DATA _____ FIRMA _____	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
Conferimento del..... Prot.....
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.
DATA _____ FIRMA _____

NOTE:



Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2024-01-29	EUR 1.239,20		IT12C0846941580000000071190

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: Z7K8D

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>404</u>
DATA DI REGISTR. <u>31 DIC. 2023</u>	

KYMA

MOBILITÀ

VISTO

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conv. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Determ. A.D. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. <u>47</u> del <u>19</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento <u>30/05/24</u></td> </tr> <tr> <td>DATA <u>30/5/24</u></td> <td>L'ADDETTO AL RISCONTRO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>05 GIU. 2024</u></td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	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>47</u> del <u>19</u>		Data scadenza pagamento <u>30/05/24</u>		DATA <u>30/5/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO	IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione		DATA <u>05 GIU. 2024</u>	FIRMA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>30/05/2024</u></td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>30/05/2024</u></td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale		Data scadenza pagamento		DATA <u>30/05/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE	IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione		DATA <u>30/05/2024</u>	FIRMA
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>47</u> del <u>19</u>																													
Data scadenza pagamento <u>30/05/24</u>																													
DATA <u>30/5/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO																												
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione																													
DATA <u>05 GIU. 2024</u>	FIRMA																												
UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale																													
Data scadenza pagamento																													
DATA <u>30/05/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE																												
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione																													
DATA <u>30/05/2024</u>	FIRMA																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili</th> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza pagamento indicata in fattura</td> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza di pagamento presunta</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>30 MAG. 2024</u></td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>20-06-2024</u></td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili		data scadenza pagamento indicata in fattura		data scadenza di pagamento presunta		DATA <u>30 MAG. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE	IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione		DATA <u>20-06-2024</u>	FIRMA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> </table>	UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali		Contr. Rep. 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 <u>30 MAG. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE																												
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione																													
DATA <u>20-06-2024</u>	FIRMA																												
UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali																													
Contr. Rep. n. _____ del _____																													
Delib. C.A. n. _____ del _____																													
Delib. C.A. n. _____ del _____																													
Data scadenza pagamento																													
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																												
IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione																													
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici		Data scadenza pagamento		DATA	FIRMA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE</td> </tr> </table>	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																												
UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori																													
Data scadenza pagamento																													
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																												
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione																													
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Conferimento del..... Prot.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.</td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table>	UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico		Conferimento del..... Prot.....		IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.		DATA	FIRMA	NOTE: <u>20</u> <u>COPIA</u>																				
UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico																													
Conferimento del..... Prot.....																													
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.																													
DATA	FIRMA																												



MOBILITA' DICEMBRE 2023

CIG. 943225818A

COGNOME	NOME	SESSO	DATA NASCITA	MATR.	COD. FISCALE	MANSIONE	ROUTINE EMATICA (prelievo, emocromo, creatininemia, glicemia, esame urine, got, gpt, ggt, ves)
D'AGOSTA	GIUSEPPE	M	22/10/1982	124760	DGSGPP82R22E882R	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
MARSELLA	DANIELE	M	21/07/1981	158500	MRSDDL81L21E205Z	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
MEGNA	ANTONINO	M	14/03/1991	160630	MGNNNN91C14G273V	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
NISI	NICOLA	M	02/03/1990	165900	NSINCL90C02L049Y	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
PICHIERRI	ALESSANDRO	M	13/11/1976	174870	PCHLSN76S13I467L	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
ANTONANTE	ANTONIO	M	12/10/1992	104100	NTNNTN92R12L049R	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
AUGENTI	NICOLA	M	19/01/1971	104620	GNTNCL71A19L049T	ADDETTO RIMESSAGGIO	1
MAGGIO	MASSIMO	M	04/02/1972	155799	MGGMSM72B04L049K	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
MASTRANGELO	GIUSEPPE	M	30/08/1986	159470	MSTGPP86M30F784E	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
PALMISANO	DONATO	M	21/09/1985	169960	PLMDNT85P21H096F	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
PUGGELLI	ROMANO	M	23/02/1962	177682	PGGRMN62B23L049F	PORTIERE/CUSTODE/USCIERE	1
RIZZO	ORLANDO	M	22/07/1987	181425	RZZRND87L22L049O	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
SALAMINO	ANTONIO	M	19/10/1961	184124	SLMNTN61R19L049I	PORTIERE/CUSTODE/USCIERE	1
FANIGLIULO	LUIGI	M	24/03/1993	138100	FNLGLU93C24L049I	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
MALDARIZZI	GIUSEPPE	M	02/01/1974	156498	MLDGPP74A02F784W	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
MICCOLI	GIUSEPPE	M	13/07/1968	162130	MCCGPP68L13F152V	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
PIPINO	CARLO	M	19/11/1965	176500	PPNCRL65S19B180T	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
PORZIO	LUIGI	M	26/07/1976	176951	PRZLGU76L26L049O	OPERATORE TECNICO OFFICINA/OPERAIO OFFICINA/OPERATORE PF	1
FORASTIERE	MICHELE	M	12/08/1974	140140	FRSMHL74M12L049I	MAGAZZIERE - ADD. GUIDA MEZZI	

18