

K

T0651/24

KYMA MOBILITÀ

ESERCIZIO 2024

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 18521

SEBACH SPA

"ESPURGO E LAVORAZIONE BAGNI"

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	1.852	05/09/2024			1.550,00

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

SEBACH SpA Unipersonale

VIA FIORENTINA,109

50052 CERTALDO (FI)

Partita IVA: 03912150483 C.F. 03912150483

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: millecinquecentocinquanta e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

UNICREDIT

IBAN: IT35Q0200837831000102822098

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. V24243590 del 25/06/2024

PAGAMENTO FATTURE N.

V24268031 CIG B1BB5799A8, V24268030 CIG B1BB56AD46,
V24266144 CIG B21EA3E1C1, V24243590 CIG B0D5BD0000

IMPORTO LORDO	1.550,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	1.550,00

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	1.550,00	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		
ESTREMI DELIBERA			

VISTO CONTABILITA'

IL DIR.GENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

Mittente	Destinatario
SEBACH SPA Unipersonale VIA FIORENTINA 109 50052 - CERTALDO - FI - IT P.IVA: IT03912150483 Cod. Fiscale: 03912150483 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA S.P.A. VIA CESARE BATTISTI,657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	V24243590V	2024-06-25	EUR 305,00
Causale			
In caso di pagamento con bonifico bancario si prega gentilmente di riportare gli estremi delle fatture pagate. Per qualsiasi informazione rivolgersi al nostro Ufficio Customer Care telefonando allo 0571 663455			

Dati ordine acquisto
Ord.11248 Data Ord. 2024-03-15 Item 1,00 Commessa #NO# CIG B0D5BD0000

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PERIODO LOCAZIONE DAL 18-03-2024 AL 17-09-2024					22 %
PERIODO FATTURATO DAL 18-06-2024 AL 17-07-2024					22 %
EVENTO EVENTO LT					22 %
LUOGO LOCAZIONE c o parcheggio Artiglieria TARANTO					22 %
N. 1 bag.no.touch TOP SAN NO TOUCH bagno uomo donna					22 %
TOTALE IMPONIBILE Data inizio periodo: 2024-06-18 Data fine periodo: 2024-07-17	Nr	1	250,00	250,00	22 %

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	AL IVA	Imponibile	Imposta

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA 22 SPLIT PAYMENT (art. 17 ter DPR633 1972 IVA versata dal dest. all Erario)	22 %	250,00	55,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
Cod. Pag. BONIFICO BANCARIO 30 GG D.F. F.M.	Bonifico	2024-07-31	EUR 250,00	UNICREDIT ENTI PUBBLICI	IT35Q0200837831000102822098

Dati Trasmittente: IT04530950486 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>1651</u>
DATA DI REGISTR. <u>03 LUG. 2024</u>	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:12436396238 Data SDI: 29/06/2024 03:46
Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
SEBACH SPA Unipersonale VIA FIORENTINA 109 50052 - CERTALDO - FI - IT P.IVA: IT03912150483 Cod. Fiscale: 03912150483 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA S.P.A. VIA CESARE BATTISTI,657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	V24243590	2024-06-25	EUR 305,00
Causale			
In caso di pagamento con bonifico bancario si prega gentilmente di riportare gli estremi delle fatture pagate. Per qualsiasi informazione rivolgersi al nostro Ufficio Customer Care telefonando allo 0571 663455			

Dati ordine acquisto
Ord.11248 Data Ord. 2024-03-15 Item 1.00 Commessa #NO# CIG B0D5BD0000

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PERIODO LOCAZIONE DAL 18-03-2024 AL 17-09-2024					22 %
PERIODO FATTURATO DAL 18-06-2024 AL 17-07-2024					22 %
EVENTO EVENTO LT					22 %
LUOGO LOCAZIONE c o parcheggio Artiglieria TARANTO					22 %
N. 1 bag.no.touch TOP SAN NO TOUCH bagno uomo donna					22 %
TOTALE IMPONIBILE Data inizio periodo: 2024-06-18 Data fine periodo: 2024-07-17	Nr	1	250,00	250,00	22 %

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto</td> </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> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</td> </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> <td colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA</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</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> <td colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili</td> </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> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione</td> </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> <td colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali</td> </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> <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 _____		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> <td colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici</td> </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> <td colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori</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 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> <td colspan="2" style="text-align: center;">UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico</td> </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:																				
UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico																													
Conferimento del..... Prot.....																													
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.																													
DATA	FIRMA																												



Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA 22 SPLIT PAYMENT (art. 17 ter DPR633 1972 IVA versata dal dest. all Erario)	22 %	250,00	55,00

Dati pagamento

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
----------------------	----------	---------------	---------	----------	------

Pagamento completo

Cod. Pag. BONIFICO BANCARIO 30 GG D.F. F.M.	Bonifico	2024-07-31	EUR 250,00	UNICREDIT ENTI PUBBLICI	IT35Q0200837831000102822098
--	----------	------------	------------	-------------------------	-----------------------------

Dati Trasmittente: IT04530950486 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 1651
DATA DI REGISTR. 03 LUG. 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>139</u> del <u>18</u>	
Data scadenza pagamento <u>31-7-24</u>	
DATA <u>8/8/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>19 AGO. 2024</u>	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 <u>03-10-2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>05-09-2024</u>	FIRMA

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

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

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

NOTE:

(Girare in rapporto precedente)



A2S ELIA SERVIZIO DI MANUTENZIONE

DATA SERVIZIO	OPERATORE	DATA SERVIZIO	OPERATORE
01/07	ALF		
06/07	CONF		
08/07	ALF		
14/07	ALF		
15/07	ALF		
18/07	ALF		
22/07	ALF		
28/07	VIN		
29/07	AJ		
01/08/74	CONF.		
28/07	ALF		

Sebach garantisce un servizio completo ed efficiente laddove si rispettino i requisiti stabiliti dalla norma UNI EN 16194:

N° UTENTI	N° CABINE
da 1 a 10	1
da 11 a 20	2
oltre 20	una cabina extra per ogni 10 utenti aggiuntivi

Intervallo di pulizia: la cabina deve essere pulita dopo 5 giorni lavorativi di 8 ore ciascuno.

I SEBACH

010000 - PA

000000 - PA

010000 - PA

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 12467254918 Data SDI: 03/07/2024 11:38

Formato Trasmissione: FPRL2

Mittente	Destinatario
SEBACH SPA Unipersonale VIA FIORENTINA 109 50052 - CERTALDO - FI - IT P.IVA: IT03912150483 Cod. Fiscale: 03912150483 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA S.P.A. VIA CESARE BATTISTI,657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	V24266144	2024-06-30	EUR 366,00
Causale			
In caso di pagamento con bonifico bancario si prega gentilmente di riportare gli estremi delle fatture pagate. Per qualsiasi informazione rivolgersi al nostro Ufficio Customer Care telefonando allo 0571 663455			

Dati ordine acquisto
Ord.11694 Data Ord. 2024-06-07 Item 1.00 Commessa #NO# CIG B21EA3E1C1

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PERIODO LOCAZIONE DAL 30-05-2024 AL 29-11-2024					22 %
PERIODO FATTURATO DAL 30-06-2024 AL 29-07-2024					22 %
EVENTO EVENTO LT					22 %
LUOGO LOCAZIONE c o stazione Saturo porto Pimone LEPORANO					22 %
N. 2 bag.no.touch TOP SAN NO TOUCH bagno uomo donna					22 %
TOTALE IMPONIBILE Data inizio periodo: 2024-06-30 Data fine periodo: 2024-07-29	Nr	1	300,00	300,00	22 %

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	AL IVA	Imponibile	Imposta

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA 22 SPLIT PAYMENT (art. 17 ter DPR633 1972 IVA versata dal dest. all Erario)	22 %	300,00	66,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
Cod. Pag. BONIFICO BANCARIO 30 GG D.F. F.M.	Bonifico	2024-07-31	EUR 300,00	UNICREDIT ENTI PUBBLICI	IT35Q0200837831000102822098

Dati Trasmittente: IT04530950486 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <i>1222</i>
DATA DI REGISTR. <u>09 LUG. 2024</u>	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:12467254918 Data SDI: 03/07/2024 11:38

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
SEBACH SPA Unipersonale VIA FIORENTINA 109 50052 - CERTALDO - FI - IT P.IVA: IT03912150483 Cod. Fiscale: 03912150483 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA S.P.A. VIA CESARE BATTISTI,657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	V24266144	2024-06-30	EUR 366,00
Causale			
In caso di pagamento con bonifico bancario si prega gentilmente di riportare gli estremi delle fatture pagate. Per qualsiasi informazione rivolgersi al nostro Ufficio Customer Care telefonando allo 0571 663455			

Dati ordine acquisto
Ord.11694 Data Ord. 2024-06-07 Item 1.00 Commessa #NO# CIG B21EA3E1C1

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura						
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA	
PERIODO LOCAZIONE DAL 30-05-2024 AL 29-11-2024					22 %	
PERIODO FATTURATO DAL 30-06-2024 AL 29-07-2024					22 %	
EVENTO EVENTO LT					22 %	
LUOGO LOCAZIONE c o stazione Saturo porto Pirone LEPORANO					22 %	
N. 2 bag.no.touch TOP SAN NO TOUCH bagno uomo donna					22 %	
TOTALE IMPONIBILE	Nr	1	300,00	300,00	22 %	
Data inizio periodo: 2024-06-30						
Data fine periodo: 2024-07-29						

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta

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 31-7	
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



Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA 22 SPLIT PAYMENT (art. 17 ter DPR633 1972 IVA versata dal dest. all Erario)	22 %	300,00	66,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
Cod. Pag. BONIFICO BANCARIO 30 GG D.F. F.M.	Bonifico	2024-07-31	EUR 300,00	UNICREDIT ENTI PUBBLICI	IT35Q0200837831000102822098

Dati Trasmittente: IT04530950486 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA <i>122</i>
DATA DI REGISTR. 09 LUG. 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. <i>An. 24 Sbv</i> del	
Data scadenza pagamento <i>31-7-24</i>	
DATA <i>28/8/24</i>	L'ADDETTO AL RISCOCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <i>19 AGO. 2024</i>	FIRMA <i>[Signature]</i>

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 <i>09 LUG. 2024</i>	FIRMA DEL RESPONSABILE <i>[Signature]</i>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <i>05-09-2024</i>	FIRMA <i>[Signature]</i>

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



SATURO PISCINE PIRENESE (LEPORELLANO) SERVIZIO DI MANUTENZIONE

DATA SERVIZIO	OPERATORE	DATA SERVIZIO	OPERATORE
22/05	SPIC		
26/05	SPIC		
29/7/24	NICOLA		
2/8/24	NICOLA		

Sebach garantisce un servizio completo ed efficiente laddove si rispettino i requisiti stabiliti dalla norma UNI EN 16194:

N° UTENTI	N° CABINE
da 1 a 10	1
da 11 a 20	2
oltre 20	una cabina extra per ogni 10 utenti aggiuntivi

Intervalli di pulizia: la cabina deve essere pulita dopo 5 giorni lavorativi di 8 ore ciascuno.



ACH

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:12523519549 Data SDI: 11/07/2024 02:16

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
SEBACH SPA Unipersonale VIA FIORENTINA 109 50052 - CERTALDO - FI - IT P.IVA: IT03912150483 Cod. Fiscale: 03912150483 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA S.P.A. VIA CESARE BATTISTI,657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	V24268030	2024-07-10	EUR 610,00
Causale			
In caso di pagamento con bonifico bancario si prega gentilmente di riportare gli estremi delle fatture pagate. Per qualsiasi informazione rivolgersi al nostro Ufficio Customer Care telefonando allo 0571 663455			

Dati ordine acquisto
Ord.11574 Data Ord. 2024-05-17 Item 1.00 Commessa #NO# CIG B1BB56AD46

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PERIODO LOCAZIONE DAL 01-06-2024 AL 30-09-2024					22 %
PERIODO FATTURATO DAL 01-07-2024 AL 31-07-2024					22 %
EVENTO EVENTO LT					22 %
LUOGO LOCAZIONE motonave ADRIA TARANTO					22 %
N. 1 bag.hn.classic TOP SAN HN bagno per disabile					22 %
TOTALE IMPONIBILE Data inizio periodo: 2024-07-01 Data fine periodo: 2024-07-31	Nr	1	500,00	500,00	22 %

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA 22 SPLIT PAYMENT (art. 17 ter DPR633 1972 IVA versata dal dest. all' Erario)	22 %	500,00	110,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
Cod. Pag. BONIFICO BANCARIO 30 GG D.F. F.M.	Bonifico	2024-08-31	EUR 500,00	UNICREDIT ENTI PUBBLICI	✓35Q0200837831000102822098

Dati Trasmittente: IT04530950486 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>1788</u>
DATA DI REGISTR. <u>12 LUG. 2024</u>	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 12523519549 Data SDI: 11/07/2024 02:16

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
SEBACH SPA Unipersonale VIA FIORENTINA 109 50052 - CERTALDO - FI - IT P.IVA: IT03912150483 Cod. Fiscale: 03912150483 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA S.P.A. VIA CESARE BATTISTI,657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	V24268030	2024-07-10	EUR 610,00
Causale			
In caso di pagamento con bonifico bancario si prega gentilmente di riportare gli estremi delle fatture pagate. Per qualsiasi informazione rivolgersi al nostro Ufficio Customer Care telefonando allo 0571 663455			

Dati ordine acquisto
Ord. 11574 Data Ord. 2024-05-17 Item 1.00 Commessa #NO# CIG B1BB56AD46

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PERIODO LOCAZIONE DAL 01-06-2024 AL 30-09-2024					22 %
PERIODO FATTURATO DAL 01-07-2024 AL 31-07-2024					22 %
EVENTO EVENTO LT					22 %
LUOGO LOCAZIONE motonave ADRIA TARANTO					22 %
N. 1 bag.hn.classic TOP SAN HN bagno per disabili					22 %
TOTALE IMPONIBILE	Nr	1	500,00	500,00	22 %
Data inizio periodo: 2024-07-01					
Data fine periodo: 2024-07-31					

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta

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> <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> <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> <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>	UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto		Contr. Rep. n. _____ del _____		Conv. n. _____ del _____		Determ. A.D. n. _____ del _____		Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____		DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO	IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione		DATA	FIRMA	UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili		data scadenza pagamento indicata in fattura _____		data scadenza di pagamento presunta _____		DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE	IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione		DATA	FIRMA	IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici		Data scadenza pagamento _____		DATA	FIRMA	UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico		Conferimento del..... Prot.....		IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.		DATA	FIRMA	<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> <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> <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> NOTE: _____ _____ _____ _____	UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale		Data scadenza pagamento _____		DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE	IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione		DATA	FIRMA	UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali		Contr. Rep. n. _____ del _____		Delib. C.A. n. _____ del _____		Delib. C.A. n. _____ del _____		Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____		DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE	IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione		DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE	UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori		Data scadenza pagamento _____		DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE	IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione		DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto																																																																															
Contr. Rep. n. _____ del _____																																																																															
Conv. n. _____ del _____																																																																															
Determ. A.D. n. _____ del _____																																																																															
Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____																																																																															
DATA	L'ADDETTO AL RISCONTRO																																																																														
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione																																																																															
DATA	FIRMA																																																																														
UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili																																																																															
data scadenza pagamento indicata in fattura _____																																																																															
data scadenza di pagamento presunta _____																																																																															
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																																																																														
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione																																																																															
DATA	FIRMA																																																																														
IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici																																																																															
Data scadenza pagamento _____																																																																															
DATA	FIRMA																																																																														
UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico																																																																															
Conferimento del..... Prot.....																																																																															
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.																																																																															
DATA	FIRMA																																																																														
UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale																																																																															
Data scadenza pagamento _____																																																																															
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																																																																														
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione																																																																															
DATA	FIRMA																																																																														
UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali																																																																															
Contr. Rep. n. _____ del _____																																																																															
Delib. C.A. n. _____ del _____																																																																															
Delib. C.A. n. _____ del _____																																																																															
Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____																																																																															
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																																																																														
IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione																																																																															
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																																																																														
UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori																																																																															
Data scadenza pagamento _____																																																																															
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																																																																														
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione																																																																															
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE																																																																														



Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA 22 SPLIT PAYMENT (art. 17 ter DPR633 1972 IVA versata dal dest. all Erario)	22 %	500,00	110,00

Dati pagamento

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
Cod. Pag. BONIFICO BANCARIO 30 GG D.F. F.M.	Bonifico	2024-08-31	EUR 500,00	UNICREDIT ENTI PUBBLICI	IT35Q0200837831000102822098

Dati Trasmittente: IT04530950486 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 1788
DATA DI REGISTR. 12 LUG. 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. del <i>Ar. 24 Sh</i>	
Data scadenza pagamento <i>31-8-24</i>	
DATA <i>8/8/24</i>	L'ADDETTO AL RISSCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA 19 AGO. 2024	FIRMA <i>[Signature]</i>

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 <i>12/10/2024</i>	FIRMA DEL RESPONSABILE <i>03/09/2024</i>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <i>05-09-2024</i>	FIRMA <i>[Signature]</i>

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:





BASTONE SALVATORE S.A.S

AZIENDA SERVIZI ECOLOGICI

Via Puglia, 41 - 73048 NARDO' (Lecce) - Tel. 0833.871776

E-mail: sebach@bastonesalvatore.it

GESTIONE PER LA QUALITA' AZIENDA CERTIFICATA UNI EN-ISO 9001:2008

SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE AZIENDA CERTIFICATA UNI-EN ISO 14001:2004

PULIZIA BAGNI CHIMICI

23346

CONTRATTO 11577	ZONA 10
---------------------------	-------------------

NOME OPERATORE _____

CLIENTE [] _____

DATA [] _____ ORA _____

N° BAGNI [] UBICAZIONE []

ANNOTAZIONI - OSSERVAZIONI: _____

Firma Responsabile o personale in loco
per accettazione avvenuta pulizia

[Signature]



BASTONE SALVATORE S.A.S

AZIENDA SERVIZI ECOLOGICI

Via Puglia, 41 - 73048 NARDO' (Lecce) - Tel. 0833.871776

E-mail: sebach@bastonesalvatore.it

GESTIONE PER LA QUALITA' AZIENDA CERTIFICATA UNI EN-ISO 9001:2008
SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE AZIENDA CERTIFICATA UNI-EN ISO 14001:2004

PULIZIA BAGNI CHIMICI

13171

CONTRATTO 1150 - 1151	ZONA A 4 V5
--------------------------	----------------

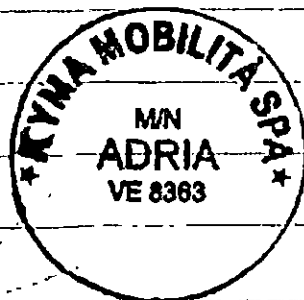
NOME OPERATORE MARCO ANTONIO

CLIENTE VIA NARDO' 41

DATA 11/01/2014 ORA 17.15

N° BAGNI 2 UBICAZIONE MOTONAVE

ANNOTAZIONI - OSSERVAZIONI:



Firma Responsabile o personale in loco
per accettazione avvenuta pulizia



BASTONE SALVATORE S.A.S

AZIENDA SERVIZI ECOLOGICI

Via Puglia, 41 - 73048 NARDO' (Lecce) - Tel. 0833.871776

E-mail: sebach@bastonesalvatore.it

GESTIONE PER LA QUALITA' AZIENDA CERTIFICATA UNI EN-ISO 9001:2008

SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE AZIENDA CERTIFICATA UNI-EN ISO 14001:2004

PULIZIA BAGNI CHIMICI

21818

CONTRATTO <i>11-10-11</i>	ZONA <i>70</i>
------------------------------	-------------------

NOME OPERATORE *Sebach*

CLIENTE *Sebach*

DATA *10-11-11* ORA *10.00*

N° BAGNI *1* UBICAZIONE *Sebach*

ANNOTAZIONI - OSSERVAZIONI:

Firma Responsabile o personale in loco

Sebach



BASTONE SALVATORE S.A.S

AZIENDA SERVIZI ECOLOGICI

Via Puglia, 41 - 73048 NARDO' (Lecce) - Tel. 0833.871776

E-mail: sebach@bastonesalvatore.it

GESTIONE PER LA QUALITA' AZIENDA CERTIFICATA UNI EN-ISO 9001:2008

SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE AZIENDA CERTIFICATA UNI-EN ISO 14001:2004

PULIZIA BAGNI CHIMICI

21060

CONTRATTO	ZONA
1032215 - 10338091000000	

NOME OPERATORE VIRILE ROVERE

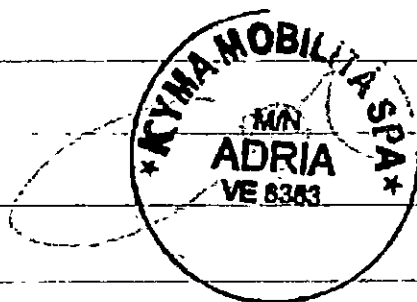
CLIENTE KYMA MOBILITA'

DATA 25/07/2024 ORA 17.20

N° BAGNI 2 UBICAZIONE _____

ANNOTAZIONI - OSSERVAZIONI: PULIZIA PI

2 FIN



Firma Responsabile o personale in loco
per accettazione avvenuta pulizia

Mittente	Destinatario
SEBACH SPA Unipersonale VIA FIORENTINA 109 50052 - CERTALDO - FI - IT P.IVA: IT03912150483 Cod. Fiscale: 03912150483 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA S.P.A. VIA CESARE BATTISTI,657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	V24268031V	2024-07-10	EUR 610,00
Causale			
In caso di pagamento con bonifico bancario si prega gentilmente di riportare gli estremi delle fatture pagate. Per qualsiasi informazione rivolgersi al nostro Ufficio Customer Care telefonando allo 0571 663455			

Dati ordine acquisto
Ord.11575 Data Ord. 2024-05-17 Item 1.00 Commessa #NO# CIG B1BB5799A8

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PERIODO LOCAZIONE DAL 01-06-2024 AL 30-09-2024					22 %
PERIODO FATTURATO DAL 01-07-2024 AL 31-07-2024					22 %
EVENTO EVENTO LT					22 %
LUOGO LOCAZIONE c o motonave CLODIA TARANTO					22 %
N. 1 bag.hn.classic TOP SAN HN bagno per disabile					22 %
TOTALE IMPONIBILE Data inizio periodo: 2024-07-01 Data fine periodo: 2024-07-31	Nr	1	500,00	500,00	22 %

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA 22 SPLIT PAYMENT (art. 17 ter DPR633 1972 IVA versata dal dest. all Erario)	22 %	500,00	110,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
Cod. Pag. BONIFICO BANCARIO 30 GG D.F. F.M.	Bonifico	2024-08-31	✓ EUR 500,00	UNICREDIT ENTI PUBBLICI	✓ IT35Q0200837831000102822098

Dati Trasmittente: IT04530950486 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 1789
DATA DI REGISTR. 12 LUG. 2024	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 12523519535 Data SDI: 10/07/2024 21:18

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
SEBACH SPA Unipersonale VIA FIORENTINA 109 50052 - CERTALDO - FI - IT P.IVA: IT03912150483 Cod. Fiscale: 03912150483 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74100 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	V24268031	2024-07-10	EUR 610,00
Causale			
In caso di pagamento con bonifico bancario si prega gentilmente di riportare gli estremi delle fatture pagate. Per qualsiasi informazione rivolgersi al nostro Ufficio Customer Care telefonando allo 0571 663455			

Dati ordine acquisto
Ord.11575 Data Ord. 2024-05-17 Item 1.00 Commessa #NO# CIG B1BB5799A8/y

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PERIODO LOCAZIONE DAL 01-06-2024 AL 30-09-2024					22 %
PERIODO FATTURATO DAL 01-07-2024 AL 31-07-2024					22 %
EVENTO EVENTO LT					22 %
LUOGO LOCAZIONE c o motonave CLODIA TARANTO					22 %
N. 1 bag.hn.classic TOP SAN HN bagno per disabile					22 %
TOTALE IMPONIBILE	Nr	1	500,00	500,00	22 %
Data inizio periodo: 2024-07-01					
Data fine periodo: 2024-07-31					

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta

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 style="width: 20%;">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 style="width: 20%;">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">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">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 _____		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 _____																													
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 style="width: 20%;">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 style="width: 20%;">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 style="width: 20%;">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 _____																												



Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA 22 SPLIT PAYMENT (art. 17 ter DPR633 1972 IVA versata dal dest. all Erario)	22 %	500,00	110,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
Cod. Pag. BONIFICO BANCARIO 30 GG D.F. F.M.	Bonifico	2024-08-31	EUR 500,00	UNICREDIT ENTI PUBBLICI	IT35Q0200837831000102822098

Dati Trasmittente: IT04530950486 - Progressivo Invio: 1

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA <u>1789</u>
DATA DI REGISTR. <u>12 LUG. 2024</u>	

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>42-24 SM</u> del _____	
Data scadenza pagamento <u>31-8-24</u>	
DATA <u>8/8/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO _____
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>19 AGO. 2024</u>	FIRMA _____

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura _____	
data scadenza di pagamento presunta _____	
DATA <u>12 LUG 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>03/09/24</u>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>05-09-2024</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 _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA _____	FIRMA _____

UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali	
Contr. Rep. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Delib. C.A. n. _____ del _____	
Data scadenza pagamento _____	
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____

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

NOTE:





BASTONE SALVATORE S.A.S

AZIENDA SERVIZI ECOLOGICI

Via Puglia, 41 - 73048 NARDO' (Lecce) - Tel. 0833.871776

E-mail: sebach@bastonesalvatore.it

GESTIONE PER LA QUALITA' AZIENDA CERTIFICATA UNI EN-ISO 9001:2008

SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE AZIENDA CERTIFICATA UNI-EN ISO 14001:2004

PULIZIA BAGNI CHIMICI

23346

CONTRATTO	ZONA
1150 1150	10

NOME OPERATORE _____

CLIENTE _____

DATA _____ ORA _____

N° BAGNI _____ UBICAZIONE _____

ANNOTAZIONI - OSSERVAZIONI: _____

Firma Responsabile o personale in loco
per accettazione avvenuta pulizia

(Signature)



BASTONE SALVATORE S.A.S

AZIENDA SERVIZI ECOLOGICI

Via Puglia, 41 - 73048 NARDO' (Lecce) - Tel. 0833.871776

E-mail: sebach@bastonesalvatore.it

GESTIONE PER LA QUALITA' AZIENDA CERTIFICATA UNI EN-ISO 9001:2008
SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE AZIENDA CERTIFICATA UNI-EN ISO 14001:2004

PULIZIA BAGNI CHIMICI

13171

CONTRATTO 11555-11574	ZONA 1A' e 4' VE
--------------------------	---------------------

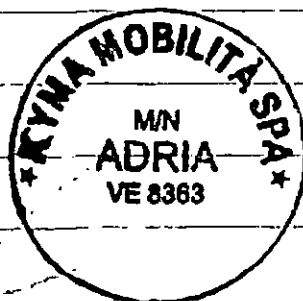
NOME OPERATORE MARCO

CLIENTE VILLA HERRERA DA

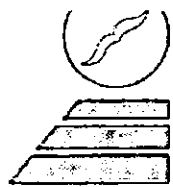
DATA 11/07/2011 ORA 17.15

N° BAGNI 2 UBICAZIONE MONTANAUE

ANNOTAZIONI - OSSERVAZIONI:



Firma Responsabile o personale in loco
per accettazione avvenuta pulizia



BASTONE SALVATORE S.A.S

AZIENDA SERVIZI ECOLOGICI

Via Puglia, 41 - 73048 NARDO' (Lecce) - Tel. 0833.871776

E-mail: sebach@bastonesalvatore.it

GESTIONE PER LA QUALITA' AZIENDA CERTIFICATA UNI EN-ISO 9001:2008

SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE AZIENDA CERTIFICATA UNI-EN ISO 14001:2004

PULIZIA BAGNI CHIMICI

21818

CONTRATTO <i>11-11-11</i>	ZONA <i>70</i>
------------------------------	-------------------

NOME OPERATORE *...*

CLIENTE *...*

DATA *10-11-11* ORA *...*

N° BAGNI *1* UBICAZIONE *...*

ANNOTAZIONI - OSSERVAZIONI:

Firma Responsabile o personale in loco

[Signature]



BASTONE SALVATORE S.A.S

AZIENDA SERVIZI ECOLOGICI

Via Puglia, 41 - 73048 NARDO' (Lecce) - Tel. 0833.871776

E-mail: sebach@bastonesalvatore.it

GESTIONE PER LA QUALITA' AZIENDA CERTIFICATA UNI EN-ISO 9001:2008
SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE AZIENDA CERTIFICATA UNI-EN ISO 14001:2004

PULIZIA BAGNI CHIMICI

21060

CONTRATTO	ZONA
1033215 - 1033809	TORRONTO

NOME OPERATORE VIVIANO ROVIRE

CLIENTE KYMA MOBILITA'

DATA 25/07/2023 ORA 17:20

N° BAGNI 2 UBICAZIONE _____

ANNOTAZIONI - OSSERVAZIONI: PULIZIA P1

2 FIN

IG 5877



Firma Responsabile o personale in loco
per accettazione avvenuta pulizia