

K

Tossio/24

KYMA MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 214

RETE FERROVIARIA ITALIANA SPA

"Prestazioni Sostanziali"

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	1.914	17/09/2024			1.407,15

IL CASSIERE

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

RETE FERROVIARIA ITALIANA S.p.A.

CORSO ITALIA, 23

70123 BARI (BA)

Partita IVA: 01008081000 C.F. 01585570581

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: millequattrocentosette e 15 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

POSTE ITALIANE SPA

IBAN: IT9310760103200000026846873

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 8131005873 del 31/07/2024

PAGAMENTO FATTURE N.

8131005875 CIG ZE73557FFE, 8131005874 CIG ZE73557FFE,
8131005873 CIG ZE73557FFE

IMPORTO LORDO	1.407,15
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	1.407,15

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	1.407,15	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITÀ		
ESTREMI DELIBERA			

VISTO CONTABILITÀ

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:12679915278 Data SDI: 02/08/2024 01:37
Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131005875	2024-07-31	EUR 830,05
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto

ZE 73557FFE

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
MEDICINA LEGALE: PREST.SANITARIE ESENTI	NR	1	828,05	828,05	(N4)
Bollo		1	2,00	2,00	(N1)

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000352271					

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	828,05	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) IVA Vendite Esclusione art.15 DPR 633/72	0 %	2,00	0,00

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

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Carta di Pagamento	2024-09-29	EUR 830,05		✓ IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 5TLw5

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 255
DATA DI REGISTR. 02 AGO. 2024	

02/08/2024

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 12679915278 Data SDI: 02/08/2024 01:37

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131005875	2024-07-31	EUR 830,05
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto

ZE 73557FFE

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
MEDICINA LEGALE: PREST.SANITARIE ESENTI	NR	1	828,05	828,05	(N4)
Bollo		1	2,00	2,00	(N1)

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000352271					

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	828,05	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) IVA Vendite Esclusione art.15 DPR 633/72	0 %	2,00	0,00

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

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 style="width: 20%;">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 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 style="width: 20%;">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 style="width: 20%;">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 style="width: 20%;">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 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 style="width: 20%;">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">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 style="width: 20%;">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 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 style="width: 20%;">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 _____		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 _____																																																																																	
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 _____																																																																																



Dati Trasmittente: IT01641790702 Condizioni Pagamento	Progressivo Invio: 02283 Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Versione Style 2.10.1	Carta di Pagamento	2024-09-29	EUR 830,05		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 5TLw5

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>255</u>
DATA DI REGISTR. <u>02 AGO. 2024</u>	

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. <u>Ai. 12/9/24</u> del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento <u>29/9/24</u></td> </tr> <tr> <td>DATA <u>26/8/24</u></td> <td>L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u></td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA <u>04 SET. 2024</u></td> <td>FIRMA <u>[Firma]</u></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>Ai. 12/9/24</u> del _____		Data scadenza pagamento <u>29/9/24</u>		DATA <u>26/8/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u>	IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione		DATA <u>04 SET. 2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>	<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 <u>23/08/2024</u></td> <td>FIRMA <u>[Firma]</u></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 _____</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 PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale		Data scadenza pagamento _____		DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____	IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione		DATA <u>23/08/2024</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 _____		Delib. C.A. n. _____ del _____		Data scadenza pagamento _____		DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____	IL RESP. 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. <u>Ai. 12/9/24</u> del _____																																															
Data scadenza pagamento <u>29/9/24</u>																																															
DATA <u>26/8/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u>																																														
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione																																															
DATA <u>04 SET. 2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>																																														
UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale																																															
Data scadenza pagamento _____																																															
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																																														
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione																																															
DATA <u>23/08/2024</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 _____																																															
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>02 AGO. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>17-09-2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>

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:



Direzione Sanità
 Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari
 C.so Italia, 138 St.Int.FS 21A
 70123BARI

Pre - fattura interna **24-00813**
 del **31/07/2024**

Cliente

Codice SAP 7100000881	Codice Ente BAE0040	GG.scadenza: 60 giorni data fattura
Ragione Sociale	KYMA MOBILITA' S.p.A.	
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657	
CAP - Città	74100 TARANTO (TA)	
Codice Fiscale	Partita Iva 00146330733	Convenzione BAE0040F07

Intestatario fattura

Ragione Sociale	AZIENDA MOBILITA'AREA DI TA SPA	
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657	
CAP - Città	74100 TARANTO (TA)	
Codice Fiscale	Partita Iva	00146330733
Ordine Interno SAP	10015024	Business LE - Medicina LEGALE
Codice Materiale	S4010	Aliquota IVA 0 %
Ordine di Vendita	0000352271	del 31/07/2024
Fattura	8131005875	del 31/07/2024
Documento di pareggio		del

Importo

IMPONIBILE	828,05
I.V.A. 0%	0,00
TOTALE GENERALE	828,05

ok
fueo
2018/24



RETE FERROVIARIA ITALIANA
GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari

Documento Contabile Interno 24-00813
Data documento 31/07/2024

RIEPILOGO PRESTAZIONI FORNITE

Cliente

Ragione Sociale: KYMA MOBILITA' S.p.A.
Codice: BAE0040
Sap: 7100000881

Nominativo	Codice Fiscale	Data Nascita	Data Visita	Tariffario	Tot Importo	
ANNICCHIARICO GIUSEPPE	NNCGPP58C22E205N	22/03/1958	31/07/2024	RM062	328,69	✓
Tipo Visita : RMLE09 - VIS. MED. REVISIONE ESERCIZIO (D.M.88/99 - Allegato A pt 3, 6)						
NIGRO VITINO	NGRVIN74M22E882I	22/08/1974	31/07/2024	RM062	170,67	✓
Tipo Visita : RMLE11 - VIS. MED. IDONEITA' (D.M.88/99 - Allegato A pt 4, 6) - (Non valido ai fini revisionali)						
TRIVELLI GIOVANNA	TRVGNN69S41L049B	01/11/1969	26/07/2024	RM062	328,69	✓
Tipo Visita : RMLE09 - VIS. MED. REVISIONE ESERCIZIO (D.M.88/99 - Allegato A pt 3, 6)						
TRIVELLI GIOVANNA	TRVGNN69S41L049B	01/11/1969	29/07/2024	RM062	0,00	✓
Tipo Visita : RMLE09 - VIS. MED. REVISIONE ESERCIZIO (D.M.88/99 - Allegato A pt 3, 6)						

RIEPILOGO PRESTAZIONI PER TIPO VISITA

Tipo visita	Costo unitario	Numero	Importo
RMLE09 - VIS. MED. REVISIONE ESERCIZIO (D.M.88/99 - ALLEGATO A PT 3, 6)	328,69	2	657,38
RMLE11 - VIS. MED. IDONEITA' (D.M.88/99 - ALLEGATO A PT 4, 6) - (NON VALIDO AI FINI REVISIONALI)	170,67	1	170,67
Totale Importo			828,05

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131005874 ✓	2024-07-31	EUR 146,40

Dati ordine acquisto

Dati DDT

ZE73557FFE

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLA PRATICA	NR	1	120,00	120,00	22 %

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000352270					

60.03.008

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA Ven. 22% art 17ter 1-bis DPR 633/72-Sciss.Pag.	22 %	120,00	26,40

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Carta di Pagamento	2024-09-29	EUR 120,00		IT9310760103200000026846873 ✓

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 5TL2W

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 1943
DATA DI REGISTR. 02 AGO. 2024	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:12679302655 Data SDI: 01/08/2024 23:26

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131005874	2024-07-31	EUR 146,40

Dati ordine acquisto

Dati DDT
ZE 73557FFE

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLA PRATICA	NR	1	120,00	120,00	22 %

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000352270					

60.03.008

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA Ven. 22% art 17ter 1-bis DPR 633/72-Sciss.Pag.	22 %	120,00	26,40

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Carta di Pagamento	2024-09-29	EUR 120,00		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invo: 5TL2W

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 1843
DATA DI REGISTR. 02 AGO. 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>Aut. 24/565</u> del _____	
Data scadenza pagamento <u>29/12/24</u>	
DATA <u>26/8/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO _____
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>4 SET. 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 <u>23/08/2024</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 _____

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura _____	
data scadenza di pagamento presunta _____	
DATA <u>22/08/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>12/09/2024</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 TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento _____	
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione	
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____

NOTE:



Direzione Sanità
 Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari
 C.so Italia, 138 St.Int.FS 21A
 70123BARI

Pre - fattura interna	24-00812
del	31/07/2024

Cliente

Codice SAP 7100000881	Codice Ente BAE0040	GG.scadenza: 60 giorni data fattura
Ragione Sociale	KYMA MOBILITA' S.p.A.	
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657	
CAP - Città	74100 TARANTO (TA)	
Codice Fiscale	Partita Iva 00146330733	Convenzione BAE0040F07

Intestatario fattura

Ragione Sociale	AZIENDA MOBILITA'AREA DI TA SPA	
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657	
CAP - Città	74100 TARANTO (TA)	
Codice Fiscale	Partita Iva	00146330733
Ordine Interno SAP	10015026	Business LE - Medicina LEGALE
Codice Materiale	S4040	Aliquota IVA 22 %
Ordine di Vendita	0000352270	del 31/07/2024
Fattura	8131005874	del 31/07/2024
Documento di pareggio		del

Importo

IMPONIBILE	120,00
I.V.A. 22%	26,40
TOTALE GENERALE	146,40

ok
20/8/24
fucile



GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari

Documento Contabile Interno	24-00812
Data documento	31/07/2024

RIEPILOGO PRESTAZIONI FORNITE

Cliente

Ragione Sociale:	KYMA MOBILITA' S.p.A.
Codice:	BAE0040
Sap:	7100000881

Nominativo	Codice Fiscale	Data Nascita	Data Visita	Tariffario	Tot Importo
ANNICCHIARICO GIUSEPPE	NNCGPP58C22E205N	22/03/1958	31/07/2024	RM062	40,00
Tipo Visita : RMF218 - GESTIONE AMMINISTRATIVA PRATICA LE					
NIGRO VITINO	NGRVIN74M22E882I	22/08/1974	31/07/2024	RM062	40,00
Tipo Visita : RMF218 - GESTIONE AMMINISTRATIVA PRATICA LE					
TRIVELLI GIOVANNA	TRVGNN69S41L049B	01/11/1969	26/07/2024	RM062	40,00
Tipo Visita : RMF218 - GESTIONE AMMINISTRATIVA PRATICA LE					

RIEPILOGO PRESTAZIONI PER TIPO VISITA

Tipo visita	Costo unitario	Numero	Importo
RMF218 - GESTIONE AMMINISTRATIVA PRATICA LE	40,00	3	120,00
Totale Importo			120,00



FATTURAELETTRONICA

Id SDI:12679952772 Data SDI: 02/08/2024 01:19
Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131005873	2024-07-31	EUR 457,10
Importo Bollo Virtuale			
2,00			

Dati ordine acquisto

E273557FFE

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
MEDICINA DEL LAVORO: PREST. SANIT.ESENTI	NR	1	455,10	455,10	(N4) ✓
Bollo		1	2,00	2,00	(N1) ok

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000352269					

60.03.0008

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	455,10	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) IVA Vendite Esclusione art.15 DPR 633/72	0 %	2,00	0,00

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

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Carta di Pagamento	2024-09-29	EUR 457,10		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 5TLI8

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 254
DATA DI REGISTR. 02 AGO. 2024	

05/08/2024

05/08/2024

FATTURAELETTRONICA

Id SDI:12679952772 Data SDI: 02/08/2024 01:19

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131005873	2024-07-31	EUR 457,10
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto

E273557FFE

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
MEDICINA DEL LAVORO: PREST. SANIT.ESENTI	NR	1	455,10	455,10	(N4)
Bollo		1	2,00	2,00	(N1)

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000352269					

60.03.0008

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	455,10	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) IVA Vendite Esclusione art.15 DPR 633/72	0 %	2,00	0,00

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

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

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

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA	FIRMA

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

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA	FIRMA

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

NOTE:

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

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



Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Carta di Pagamento	2024-09-29	EUR 457,10		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 5TLi8

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 254
DATA DI REGISTR.	02 AGO. 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>An. 245/15</u> del _____	
Data scadenza pagamento <u>29/9/24</u>	
DATA <u>26/8/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>04 SET. 2024</u>	FIRMA <u>[firma]</u>

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA <u>02 AGO. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>17-09-2024</u>	FIRMA <u>[firma]</u>

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 _____	
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:



Direzione Sanità
 Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari
 C.so Italia, 138 St.Int.FS 21A
 70123BARI

Pre - fattura interna	24-00811
del	31/07/2024

Cliente

Codice SAP 7100000881	Codice Ente BAE0040	GG.scadenza: 60 giorni data fattura	
Ragione Sociale	KYMA MOBILITA' S.p.A.		
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657		
CAP - Città	74100	TARANTO (TA)	
Codice Fiscale	Partita Iva 00146330733	Convenzione BAE0040F07	

Intestatario fattura

Ragione Sociale	AZIENDA MOBILITA'AREA DI TA SPA		
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657		
CAP - Città	74100	TARANTO (TA)	
Codice Fiscale	Partita Iva	00146330733	
Ordine Interno SAP	10015025	Business	LA - Medicina del LAVORO
Codice Materiale	S4030	Aliquota IVA 0 %	
Ordine di Vendita	0000352269	del	31/07/2024
Fattura	8131005873	del	31/07/2024
Documento di pareggio		del	

Importo

IMPONIBILE	455,10
I.V.A. 0%	0,00
TOTALE GENERALE	455,10

ok
20/8/24
fue 20

RFI
RETE FERROVIARIA ITALIANA
GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE
Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari

Documento Contabile Interno	24-00811
Data documento	31/07/2024

RIEPILOGO PRESTAZIONI FORNITE

Cliente

Ragione Sociale:	KYMA MOBILITA' S.p.A.
Codice:	BAE0040
Sap:	7100000881

Nominativo	Codice Fiscale	Data Nascita	Data Visita	Tariffario	Tot Importo
ANNICCHIARICO GIUSEPPE	NNCGPP58C22E205N	22/03/1958	31/07/2024	RM062	227,55
Tipo Visita : RMLA34 - ACCERTAMENTI SANITARI PER ALCOL E STUPEFACENTI					
TRIVELLI GIOVANNA	TRVGNN69S41L049B	01/11/1969	26/07/2024	RM062	227,55
Tipo Visita : RMLA34 - ACCERTAMENTI SANITARI PER ALCOL E STUPEFACENTI					

RIEPILOGO PRESTAZIONI PER TIPO VISITA

Tipo visita	Costo unitario	Numero	Importo
RMLA34 - ACCERTAMENTI SANITARI PER ALCOL E STUPEFACENTI	227,55	2	455,10
Totale Importo			455,10