

14/01/24

K

KYMA MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 2096

INVESTMENTS ARE SRL

prodotto mese

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	2.096	02/10/2024			256,40

IL CASSIERE

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

INVESTMENTS CARE SRL

VIA C. BATTISTI N.67A

70015 NOCI (BA)

Partita IVA: 06927590726 C.F. 06927590726

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: duecentocinquantasei e 40 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

CASSA RURALE ED ARTIGIANA DI C

IBAN: IT12C0846941580000000071190

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 0051/E24 del 31/07/2024

PAGAMENTO FATTURE N.

0051/E24 CIG 943225818A

IMPORTO LORDO	256,40
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	256,40

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	256,40	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

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

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	0051/E24 ✓	2024-07-31	EUR 256,40 ✓
Causale			
Oggetto Affidamento: Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 81/2008 CIG: 943225818A Periodo: aprile/luglio2024			
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

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

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	ESAME URINE Ord. 1 Data Ord. 2023-07-17 Item 1 Commerssa/Convenzione 1 CUP 1 CIG 943225818A Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	1,80	14,40	(N4)
RDB	OPPIODI E CANNABINOIDI URINARI (12 DETERMINAZIONI) Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	2	24,00	48,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	2,40	19,20	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	0,96	7,68	(N4)

Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	AST Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	0,96	7,68	(N4)
RDB	EMOCROMO Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	2,40	19,20	(N4)
RDB	CREATININA Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	0,96	7,68	(N4)
RDB	GGT Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	0,96	7,68	(N4)
RDB	GLICEMIA Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	0,96	7,68	(N4)
RDB	VES Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	1,20	9,60	(N4)
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	4	12,00	48,00	(N4)
RDB	SPIROMETRIA Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	2	14,40	28,80	(N4)
RDB	AUDIOMETRIA Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	2	14,40	28,80	(N4)
	Marca Da Bollo Data inizio periodo: 2024-07-31 Data fine periodo: 2024-07-31	1	2,00	2,00	(N1)

Dati Riepilogo				
Natura/Esigibilità IVA	Spese accessorie	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Prestazione sanitaria esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1.n. 18 del D.P.R. 633/1972 e successive		0 %	254,40	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) Escluso IVA ai sensi dell'art. 15, comma n.5 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni	2,00	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento

Contizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2024-09-01	EUR 256,40		IT12C0846941580000000071190

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: Z8I06

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>256</u>
DATA DI REGISTR. <u>06 AGO. 2024</u>	

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

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	0051/E24	2024-07-31	EUR 256,40
Causale			
Oggetto Affidamento: Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 81/2008 CIG: 943225818A			
Periodo: aprile/luglio2024			
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

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

Dati DDT	

Dettaglio linee Fattura					
Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	ESAME URINE Ord. 1 Data Ord. 2023-07-17 Item 1 Commessa/Convenzione 1 CUP 1 CIG 943225818A Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	1,80	14,40	(N4)
RDB	OPPIOI E CANNABINOIDI URINARI (12 DETERMINAZIONI) Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	2	24,00	48,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	2,40	19,20	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02	8	0,96	7,68	(N4)

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

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



Articolo		Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	AST		8	0,96	7,68	(N4)
		Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02				
RDB	EMOCROMO		8	2,40	19,20	(N4)
		Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02				
RDB	CREATININA		8	0,96	7,68	(N4)
		Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02				
RDB	GGT		8	0,96	7,68	(N4)
		Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02				
RDB	GLICEMIA		8	0,96	7,68	(N4)
		Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02				
RDB	VES		8	1,20	9,60	(N4)
		Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02				
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA		4	12,00	48,00	(N4)
		Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02				
RDB	SPIROMETRIA		2	14,40	28,80	(N4)
		Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02				
RDB	AUDIOMETRIA		2	14,40	28,80	(N4)
		Data inizio periodo: 2024-08-02 Data fine periodo: 2024-08-02				
	Marca Da Bollo		1	2,00	2,00	(N1)
		Data inizio periodo: 2024-07-31 Data fine periodo: 2024-07-31				

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Spese accessorie	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Prestazione sanitaria esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1.n. 18 del D.P.R. 633/1972 e successive		0 %	254,40	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) Escluso IVA ai sensi dell'art. 15, comma n.5 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni	2,00	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conv. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Determ. A.D. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">DATA</td> <td>L'ADDETTO AL RISCONTRO</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>FIRMA</td> </tr> </table> <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																																																																														



Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2024-09-01	EUR 256,40		IT12C0846941580000000071190

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: Z8I06

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 256
DATA DI REGISTR. 06 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>42</u> del <u>19</u>	
Data scadenza pagamento <u>31-8-24</u>	
DATA <u>10/9/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione <u>[firma]</u>	
DATA <u>17 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>06 AGO. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione <u>[firma]</u>	
DATA <u>02-10-2024</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 <u>10/9/24</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione <u>[firma]</u>	
DATA <u>10/9/24</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 TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori	
Data scadenza pagamento _____	
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione _____	
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____

NOTE:



COGNOME	NOME	SESSO	DATA NASCITA	MATR.	COD. FISCALE	MANSIONE	ROUTINE EMATICA (prelievo, emocromo, creatininemia, glicemia, esame urine, got, gpt, ggt, ves)
D'IPPOLITO	COSIMO	M	16/04/1985	333305	DPPCSM85D16L049F	MARINAIO/OPERATORE D'ESERCIZIO (D.Lgs 271/99)	1
PARADISO	ANDREA	M	21/06/1986	370999	PRDNDR86H21L049P	MARINAIO/OPERATORE D'ESERCIZIO (D.Lgs 271/99)	1
PIGNATELLI	NICOLA	M	18/09/1965		PGNNCL65P18L049I	OPERATORE GENERICO	1
SCIALPI	PIETRO	M	10/09/1974		SCLPTR74P10L049X	PORTIERE/CUSTODE/USCIERE	1
CELESTIANO	LUIGI	M	22/09/1991	999966	CLSLGU91P22L049N	PORTIERE/CUSTODE/USCIERE	1
FERRIGNI	FRANCESCO	M	25/11/1970	500310	FRRFNC70S25L049Q	OPERATORE GENERICO	1
MASTROVITO	FRANCESCO	M	25/05/1973	160047	MSTFNC73E25L049C	OPERATORE MANUTENZIONE STRADALE	1
RIZZO	FIGRELLO	M	21/12/1979	500700	RZZFLL79T21L049Z	OPERATORE GENERICO	1
							8