

T863/24

K

KYMA
MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 2379

RETE FERROVIARIA ITALIANA SPA

rate mensili

KYMA MOBILITÀ

KYMA MOBILITA' 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	2.379	19/11/2024			1.442,92

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: millequattrocentoquarantadue e 92 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

POSTE ITALIANE SPA

IBAN: IT93I0760103200000026846873

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 8131007489 del 30/09/2024

PAGAMENTO FATTURE N.

8131007488 CIG ZE73557FFE, 8131007490 CIG ZE73557FFE,
8131007489 CIG ZE73557FFE

IMPORTO LORDO	1.442,92
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	1.442,92

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	1.442,92	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

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	8131007489 ✓	2024-09-30	EUR 244,00 ✓

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLA PRATICA	NR	1	200,00	200,00	22 %

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000356301					

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 %	200,00	44,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Carta di Pagamento	2024-11-29	EUR 200,00 ✓		IT9310760103200000026846873 ✓

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 601a7

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA <i>2447</i>
DATA DI REGISTRAZIONE 03 OTT. 2024	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:13061014393 Data SDI: 01/10/2024 22:26

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	8131007489	2024-09-30	EUR 244,00

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLA PRATICA	NR	1	200,00	200,00	22 %

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000356301					

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 %	200,00	44,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Carta di Pagamento	2024-11-29	EUR 200,00		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 601a7

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA <i>244 I</i>
DATA DI REGISTRO 3 OTT. 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>Art. 24 SAS</u> del _____	
Data scadenza pagamento <u>29-11-24</u>	
DATA <u>11/10/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>11 OTT. 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>10/10/2024</u>	FIRMA <u>[firma]</u> ✓

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

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura _____	
data scadenza di pagamento presunta _____	
DATA <u>03 OTT. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>19-11-2024</u>	FIRMA <u>[firma]</u>

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:



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

Pre - fattura interna **24-01011**
 del **30/09/2024**

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	0000356301	del	30/09/2024
Fattura	8131007489	del	30/09/2024
Documento di pareggio	del		

Importo

I.V.A. 22%	44,00
IMPONIBILE	✓ 200,00
TOTALE GENERALE	244,00

Verificato
dalla
10/10/24



GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari

Documento Contabile Interno	24-01011
Data documento	30/09/2024

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
D'ARCANGELO MARCELLO	DRCMCL75H17L049V	17/06/1975	19/09/2024	RM062	40,00
Tipo Visita : RMF218 - GESTIONE AMMINISTRATIVA PRATICA LE					
FRIOLO VINCENZO	FRLVCN68S05L049C	05/11/1968	26/09/2024	RM062	40,00
Tipo Visita : RMF218 - GESTIONE AMMINISTRATIVA PRATICA LE					
LONGO ROMOLO	LNGRML68T27L049P	27/12/1968	17/09/2024	RM062	40,00
Tipo Visita : RMF218 - GESTIONE AMMINISTRATIVA PRATICA LE					
MANISI VITO	MNSVTI75B20E205D	20/02/1975	26/09/2024	RM062	40,00
Tipo Visita : RMF218 - GESTIONE AMMINISTRATIVA PRATICA LE					
NIGRO VITINO	NGRVTN74M22E882I	22/08/1974	02/09/2024	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	5	200,00
Totale Importo			200,00

FATTURAELETTRONICA

Id SDI:13061019599 Data SDI: 01/10/2024 22:26

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	8131007488 ✓	2024-09-30	EUR 229,55 ✓
Importo Bollo Virtuale			
2,00			

60.03.0008
70.05.0004
Dati ordine acquisto

CIG 2273557FFE
Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
MEDICINA DEL LAVORO: PREST. SANIT.ESENTI	NR	1	227,55	227,55	(N4)
Bollo		1	2,00	2,00	(N1)

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000356300					

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	227,55	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	2024-11-29	EUR 229,55		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 60kXS

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>300</u>
DATA DI REGISTR. <u>03 OTT. 2024</u>	

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	8131007488	2024-09-30	EUR 229,55
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

60.03.0008
70.05.0004
Dati ordine acquisto
CIG ZBZ3SSFFE

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
MEDICINA DEL LAVORO: PREST. SANIT.ESENTI	NR	1	227,55	227,55	(N4)
Bollo		1	2,00	2,00	(N1)

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000356300					

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	227,55	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 _____ 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: 30%;">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 10/10/2021</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 10/10/2021	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 10/10/2021	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">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">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 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: 30%;">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																														



Gondizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Carta di Pagamento	2024-11-29	EUR 229,55		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 60kXS

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 300
DATA DI REGISTR. 03 OTT. 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 _____	
Data scadenza pagamento 29-11-24	
DATA 11/10/24	L'ADDETTO AL RISCONTRO [Firma]
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA 11 OTT. 2024	FIRMA [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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA 03 OTT. 2024	FIRMA DEL RESPONSABILE [Firma]
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA 19-11-2024	FIRMA [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



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

Pre - fattura interna	24-01010
del	30/09/2024

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	0000356300	del 30/09/2024
Fattura	8131007488	del 30/09/2024
Documento di pareggio		del

Importo

I.V.A. 0%	0,00
IMPONIBILE	227,55
TOTALE GENERALE	227,55

Verificato
b/10/24
duillo ✓



GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari

Documento Contabile Interno	24-01010
Data documento	30/09/2024

RIEPILOGO PRESTAZIONI FORNITE

Cliente

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

Nominativo	Codice Fiscale	Data Nascita	Data Visita	Tariffario	Tot Importo
MANISI VITO	MNSVTI75B20E205D	20/02/1975	26/09/2024	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	1	227,55
Totale Importo			227,55

FATTURAELETTRONICA

Id SDI:13061017259 Data SDI: 01/10/2024 22:26
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	8131007490	2024-09-30	EUR 1.013,37
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
MEDICINA LEGALE: PREST.SANTARIE ESENTI	NR	1	1.011,37	1.011,37	(N4)
Bollo		1	2,00	2,00	(N1)

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000356302					

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	1.011,37	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	2024-11-29	EUR 1.013,37		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 6019B

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 301
DATA DI REGISTR. 03 OTT 2024	

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	8131007490	2024-09-30	EUR 1.013,37
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura						
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA	
MEDICINA LEGALE: PREST.SANITARIE ESENTI	NR	1	1.011,37	1.011,37	(N4)	
Bollo		1	2,00	2,00	(N1)	

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000356302					

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	1.011,37	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 _____

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:



Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Carta di Pagamento	2024-11-29	EUR 1.013,37		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 6019B

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 301
DATA DI REGISTR. 03 OTT 2024	

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>An. 72 8W</u> del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento <u>29-11-24</u></td> </tr> <tr> <td>DATA <u>11/10/24</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>11 OTT. 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>An. 72 8W</u> del _____		Data scadenza pagamento <u>29-11-24</u>		DATA <u>11/10/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u>	IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione		DATA <u>11 OTT. 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>10/10/2024</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">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>10/10/2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>	UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali		Contr. Rep. n. _____ del _____		Delib. C.A. n. _____ del _____		Delib. C.A. n. _____ del _____		Data scadenza pagamento _____		DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____	IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione		DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
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. 72 8W</u> del _____																																													
Data scadenza pagamento <u>29-11-24</u>																																													
DATA <u>11/10/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u>																																												
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione																																													
DATA <u>11 OTT. 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>10/10/2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>																																												
UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali																																													
Contr. Rep. n. _____ del _____																																													
Delib. C.A. n. _____ del _____																																													
Delib. C.A. n. _____ del _____																																													
Data scadenza pagamento _____																																													
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																																												
IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione																																													
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili</th> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza pagamento indicata in fattura _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza di pagamento presunta _____</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>03 OTT. 2024</u></td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u></td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA <u>19-11-2024</u></td> <td>FIRMA <u>[Firma]</u></td> </tr> </table>	UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili		data scadenza pagamento indicata in fattura _____		data scadenza di pagamento presunta _____		DATA <u>03 OTT. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>	IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione		DATA <u>19-11-2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>	<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 _____																						
UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili																																													
data scadenza pagamento indicata in fattura _____																																													
data scadenza di pagamento presunta _____																																													
DATA <u>03 OTT. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>																																												
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione																																													
DATA <u>19-11-2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>																																												
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;">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 _____	NOTE: _____ _____ _____ _____																																						
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;">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 _____																																					
UNITA' AA.GG. E PP.RR Verifica conferimento incarico																																													
Conferimento del..... Prot.....																																													
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.																																													
DATA _____	FIRMA _____																																												



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

Pre - fattura interna **24-01012**
 del **30/09/2024**

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	0000356302	del	30/09/2024
Fattura	8131007490	del	30/09/2024
Documento di pareggio		del	

Importo

I.V.A. 0%	0,00
IMPONIBILE	1.011,37
TOTALE GENERALE	1.011,37

Verificato
21/12/24
furello ✓



GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari

Documento Contabile Interno	24-01012
Data documento	30/09/2024

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
D'ARCANGELO MARCELLO	DRCMCL75H17L049V	17/06/1975	19/09/2024	RM062	170,67
Tipo Visita : RMLE11 - VIS. MED. IDONEITA' (D.M.88/99 - Allegato A pt 4, 6) - (Non valido ai fini revisionali)					
FRIOLO VINCENZO	FRLVCN68S05L049C	05/11/1968	26/09/2024	RM062	170,67
Tipo Visita : RMLE11 - VIS. MED. IDONEITA' (D.M.88/99 - Allegato A pt 4, 6) - (Non valido ai fini revisionali)					
LONGO ROMOLO	LNGRML68T27L049P	27/12/1968	17/09/2024	RM062	170,67
Tipo Visita : RMLE11 - VIS. MED. IDONEITA' (D.M.88/99 - Allegato A pt 4, 6) - (Non valido ai fini revisionali)					
MANISI VITO	MNSVTI75B20E205D	20/02/1975	26/09/2024	RM062	328,69
Tipo Visita : RMLE09 - VIS. MED. REVISIONE ESERCIZIO (D.M.88/99 - Allegato A pt 3, 6)					
NIGRO VITINO	NGRVTN74M22E882I	22/08/1974	02/09/2024	RM062	170,67
Tipo Visita : RMLE11 - VIS. MED. IDONEITA' (D.M.88/99 - Allegato A pt 4, 6) - (Non valido ai fini revisionali)					

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	1	328,69
RMLE11 - VIS. MED. IDONEITA' (D.M.88/99 - ALLEGATO A PT 4, 6) - (NON VALIDO AI FINI REVISIONALI)	170,67	4	682,68
Totale Importo			1.011,37