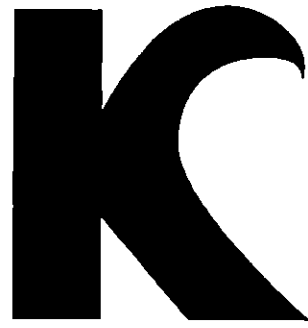




KYMA
MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 2590

INVESTMENTS ARE SRL

Scaglieria scuro

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	2.590	04/12/2024			2.915,60

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

INVESTMENTS CARE SRL

VIA C. BATTISTI N.67A

70015 NOCI (BA)

Partita IVA: 06927590726 C.F. 06927590726

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: duemillanovecentoquindici e 60 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

CASSA RURALE ED ARTIGIANA DI C

IBAN: IT12C0846941580000000071190

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 0077/E24 del 06/11/2024

PAGAMENTO FATTURE N.

0077/E24 CIG 943225818A

IMPORTO LORDO	2.915,60
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	2.915,60

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		2.915,60	
	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	0077/E24	2024-11-06	EUR 2.915,60
Causale			
Oggetto Affidamento: Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 81/2008 CIG: 943225818A Periodo: OTTOBRE 2024			
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: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	1,80	93,60	(N4)
RDB	OPPIODI E CANNABINOIDI URINARI (12 DETERMINAZIONI) Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	47	24,00	1.128,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	2,40	124,80	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	0,96	49,92	(N4)

Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA ¹
RDB	AST Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	0,96	49,92	(N4)
RDB	EMOCROMO Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	2,40	124,80	(N4)
RDB	CREATININA Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	0,96	49,92	(N4)
RDB	GGT Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	0,96	49,92	(N4)
RDB	GLICEMIA Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	0,96	49,92	(N4)
RDB	VES Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	1,20	62,40	(N4)
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	51	12,00	612,00	(N4)
RDB	SPIROMETRIA Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	18	14,40	259,20	(N4)
RDB	AUDIOMETRIA Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	18	14,40	259,20	(N4)
	Marca Da Bollo Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	1	2,00	2,00	(N1)

Dati Riepilogo				
Natura/Esigibilità IVA	Spese accessorie	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Prestazione sanitaria esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1.n. 18 del D.P.R. 633/1972 e successive		0 %	2.913,60	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) Escluso IVA ai sensi dell'art. 15, comma n.5 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni	2,00	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2024-12-06	EUR 2.915,60 ✓		IT12C0846941580000000071190 ✓✓✓✓✓

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: ZBVJF

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>330</u>
DATA DI REGISTR. <u>06 NOV. 2024</u>	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 13303134819 Data SDI: 06/11/2024 08:30

Formato Trasmissione: FPR12

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	0077/E24	2024-11-06	EUR 2.915,60
Causale			

Oggetto Affidamento: Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 81/2008 CIG: 943225818A
Periodo: OTTOBRE 2024

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: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	1,80	93,60	(N4)
RDB	OPPIOI E CANNABINOIDI URINARI (12 DETERMINAZIONI) Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	47	24,00	1.128,00	(N4)
RDB	PRELIEVO SANGUE Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	2,40	124,80	(N4)
RDB	ALT Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	0,96	49,92	(N4)

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

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

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

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

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

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

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

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

NOTE:



Articolo	Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
RDB	AST Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	0,96	49,92	(N4)
RDB	EMOCROMO Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	2,40	124,80	(N4)
RDB	CREATININA Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	0,96	49,92	(N4)
RDB	GGT Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	0,96	49,92	(N4)
RDB	GLICEMIA Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	0,96	49,92	(N4)
RDB	VES Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	52	1,20	62,40	(N4)
RDB	ELETTROCARDIOGRAMMA Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	51	12,00	612,00	(N4)
RDB	SPIROMETRIA Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	18	14,40	259,20	(N4)
RDB	AUDIOMETRIA Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	18	14,40	259,20	(N4)
	Marca Da Bollo Data inizio periodo: 2024-11-06 Data fine periodo: 2024-11-06	1	2,00	2,00	(N1)

Dati Riepilogo

Natura/Esigibilità IVA	Spese accessorie	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) Prestazione sanitaria esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1.n. 18 del D.P.R. 633/1972 e successive		0 %	2.913,60	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) Escluso IVA ai sensi dell'art. 15, comma n.5 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni	2,00	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

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

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

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

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

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

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

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

NOTE:



Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico	2024-12-06	EUR 2.915,60		IT12C0846941580000000071190

Dati Trasmittente: IT02046570426 - Progressivo Invio: Z8VJF

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 330
DATA DI REGISTR. 06 NOV. 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>121</u> del <u>24</u>	
Data scadenza pagamento <u>6-12-24</u>	
DATA <u>14/11/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>27 NOV. 2024</u>	FIRMA <u>[firma]</u>

UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale	
Data scadenza pagamento	
DATA <u>14/11/2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA <u>14/11/2024</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>06 NOV. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[firma]</u>
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>01-12-2024</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 <u>14/11/24</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[firma]</u>

NOTE:



LUCEA
MULTIMEDICA E PREVENZIONE

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	DATA DOCUMENTO
Fattura Elettronica	0077/E24	06/11/2024
BANCA DI APPOGGIO INVESTMENTS CARE S.R.L. - Cassa Rurale ed Artigiana di Castellana Grotte		
IBAN IT12C0846941580000000071190		

DESTINATARIO KYMA MOBILITA' SPA
INDIRIZZO Via Cesare Battisti N. 657, 74100 Taranto, TA Italia

PARTITA IVA 00146330733	CODICE FISCALE 00146330733	CODICE SDI 5WKJP7T
----------------------------	-------------------------------	-----------------------

DESCRIZIONE	QUANTITÀ	PREZZO	SCONTO	IMPONIBILE	IVA	TOTALE
ME URINE	52,00	1,80 €	0,00%	93,60 €	0,00%	93,60 €
OPPIODI E CANNABINOIDI URINARI (12 DETERMINAZIONI)	47,00	24,00 €	0,00%	1.128,00 €	0,00%	1.128,00 €
PRELIEVO SANGUE	52,00	2,40 €	0,00%	124,80 €	0,00%	124,80 €
ALT	52,00	0,96 €	0,00%	49,92 €	0,00%	49,92 €
AST	52,00	0,96 €	0,00%	49,92 €	0,00%	49,92 €
EMOCROMO	52,00	2,40 €	0,00%	124,80 €	0,00%	124,80 €
CREATININA	52,00	0,96 €	0,00%	49,92 €	0,00%	49,92 €
GGT	52,00	0,96 €	0,00%	49,92 €	0,00%	49,92 €
GLICEMIA	52,00	0,96 €	0,00%	49,92 €	0,00%	49,92 €
VES	52,00	1,20 €	0,00%	62,40 €	0,00%	62,40 €
ELETTROCARDIOGRAMMA	51,00	12,00 €	0,00%	612,00 €	0,00%	612,00 €
SPIROMETRIA	18,00	14,40 €	0,00%	259,20 €	0,00%	259,20 €
AUDIOMETRIA	18,00	14,40 €	0,00%	259,20 €	0,00%	259,20 €

PAGAMENTO	IMPORTO	SCADENZA	DATA DI PAGAMENTO
Bonifico30	2.915,60 €	06/12/2024	Non Saldato

BOLLO			ANNOTAZIONI		
Imposta di bollo assolta in modo virtuale ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 642/1972 e succ. mod. - "Autorizzazione Prot. 2019/0168191 del 05/12/2019"			Oggetto Affidamento: Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 81/2008		
			CIG: 943225818A		
			Periodo: OTTOBRE 2024		
IMPORTO	% IVA	VALORE IVA	NOTE IVA		
2.913,60 €	0,0%	0,00 €	Prestazione sanitaria esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1.n. 18 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni		
2,00 €	0,0%	0,00 €	Escluso IVA ai sensi dell'art. 15, comma n.5 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni		
ACCONTI		SPESE DI INCASSO	BOLLO	SCONTO	NETTO A PAGARE
0,00 €			2,00 €	0,00 €	
		ARROTONDAMENTO	TOTALE IMPONIBILE	TOTALE IVA	
		0,00 €	2.913,60 €	0,00 €	2.915,60 €

Prestazioni effettuate da professionisti sanitari abilitati a norma di legge

KYMA MOBILITA' SPA, via Cesare Battisti n. 657 - 74121 Taranto (TA)
P.Iva 00146330733 - SDI: 5WKJP7T
pec: kymamobilita@pec.kimamobilita.it

Oggetto Affidamento: Accordo Quadro per prestazioni mediche connesse alla sorveglianza sanitaria ex art. 41 D.Lgs. N. 81/2008
CIG: 943225818A

Fatturazione Iva esente ex art. 10 - Termini pagamento: 30gg Data Ricezione Fattura

REPORT PRESTAZIONI ESEGUITE MESI DI OTTOBRE 2024

N.	PRESTAZIONE	N. PREST. ESEGUITE	VALORE UNITARIO	IMPORTO TOTALE PER PRESTAZIONE
1	ESAME URINE	52	1,80 €	93,60 €
2	OPPIOIDI E CANNABINOIDI URINARI (12 DETERMINAZIONI)	47	24,00 €	1.128,00 €
3	PRELIEVO SANGUE	52	2,40 €	124,80 €
4	ALT	52	0,96 €	49,92 €
5	AST	52	0,96 €	49,92 €
6	EMOCROMO	52	2,40 €	124,80 €
7	AZOTEMIA		0,96 €	- €
8	CREATININA	52	0,96 €	49,92 €
9	GGT	52	0,96 €	49,92 €
10	GLICEMIA	52	0,96 €	49,92 €
11	COLESTEROLO TOTALE		0,96 €	- €
12	COLESTEROLO HDL		1,20 €	- €
13	COLESTEROLO LDL		0,72 €	- €
14	TRIGLICERIDI		0,96 €	- €
15	BILIRUBINA TOTALE		0,96 €	- €
16	BILIRUBINA FRAZIONATA		1,20 €	- €
17	CARBOSSIEMOBLOBINA		9,60 €	- €
18	Transferrina Carboidrato Carente (CDT)		12,00 €	- €
19	Ves	52	1,20 €	62,40 €
20	FOSFATASI ALCALINA		0,96 €	- €
21	ECG sotto sforzo		60,00 €	- €
22	ELETTROCARDIOGRAMMA	51	12,00 €	612,00 €
23	SPIROMETRIA	18	14,40 €	259,20 €
24	VISITA OCULISTICA	0	48,00 €	- €
25	RX TORACE 2 PROIEZIONI		30,00 €	- €
26	RX RACHIDE 2 proiezioni		30,00 €	- €
27	AUDIOMETRIA	18	14,40 €	259,20 €
28	VISITA OTORINO		36,00 €	- €
29	VISITA FISIATRA		36,00 €	- €
			TOTALE	2.913,60 €