



AZIENDA PER LA MOBILITÀ NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.

T166/13

ESERCIZIO 20 13

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 402

S. RAFFAZZO CITADINI CARAT

VISIO DI POUSSAN

**AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.**

Sede legale ed amministrativa: 74100 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
	0	402	25/03/2013			€ 7.802,82

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

S.RAFFAELE CITTADELLA CARITA'

P.LE CITTADELLA DELLA CARITA'1

74100 TARANTO (TA)

Partita IVA: 01051420733

CC 03.18;21.039

DICONSI EURO: settemilaottocentodie,82

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

VISITE DIPENDENTI

PAGAMENTO FATTURE N.

258, 509 MDL, 511



IMPORTO LORDO	€	7.802,82
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	7.802,82

BENE FIRMA

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		€ 7.802,82	
		€ 0,00	
	PREVISIONE	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
	DISPONIBILITA'	€ 0,00	

94/09-ART.24 ST.

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

TARANTO

CONTO IN EURO

12:30 OP. EURO 28.03.13 9602 78215,59 960102500210 9601
SAN RAFFAELE CITTADELLA DELLA CARIT
PIAZZALE MONS. GUGLIELMO MOTOLESE 1
74100 TARANTO TA

CREDITO

MANDATI DI PAGAMENTO

7.802,82 28.03.13

(PARI A LIRE

15.108.366)

AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA D/MAN.402/FATT 258 509 MDL 511



**MONTE
DEI PASCHI
DI SIENA**
BANCA DAL 1472

Istituto di Credito di Diritto Pubblico

Fondi patrimoniali e fondi rischi su crediti al 31/12/91
(Banca e Sez. annessa) L. 5.583.760.817.160
Aderente al Fondo Interbancario di Tutela dei Depositi
Gruppo Creditizio Monte dei Paschi di Siena
iscrizione del 23/07/1992

TARANTO

CONTO IN EURO

12:30 OP. EURO

28.03.13 9602 78212.59 960105200510

SAN RAFFAELE CITTADILLA DELLA CARIT

PIAZZALE MONS. GUGLIELMO MOTOLESE 1

74100 TARANTO TA

REDITO

MANDATI DI PAGAMENTO

(PARI A LIRE

12.108.366)

7.802.82 28.03.13

ZIENDA PER LA MOBILITA', NELL'AREA D'AMM. 402/FATT 228 509 MDL 511

**AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO S.p.A.**

Sede legale ed amministrativa: 74100 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
	0	402	25/03/2013			€ 7.802,82

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

S.RAFFAELE CITTADELLA CARITA'

P.LE CITTADELLA DELLA CARITA'1

74100 TARANTO (TA)

Partita IVA: 01051420733

CC 03.18;21.039

DICONSI EURO: settemilaottocentodie,82

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

VISITE DIPENDENTI

PAGAMENTO FATTURE N.

258, 509 MDL, 511

IMPORTO LORDO	€	7.802,82
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	7.802,82

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		€ 7.802,82	
		€ 0,00	
	PREVISIONE	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
	DISPONIBILITA'	€ 0,00	
94/09-ART.24 ST.			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

Medicina del lavoro

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO (TA)
Cod.Fisc. **00146330733**
Part.IVA **00146330733**

<i>Fattura N.</i>	<i>Data</i>
258 MDL	30/06/2011

13456

Prot. N.	13 LUG. 2011
Del	
P	PRESIDENTE ☐
DG	DIRETTORE GENERALE ☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT	DIRETTORE TECNICO ☐
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☐
UA	ACQUISTI / CONTRATTI ☐
UC	CONTABILITÀ / BILANCIO ☐
UI	INFORMATICA ☐
UP	PERSONALE / RETRIBUZIONI ☐
UT	TECNICO ☐
UPT	PRODOTTI TRAFFICO ☐
URG	RAGIONERIA / ECONOMATO ☐
STG	STAFF QUALITÀ ☐

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **giugno 2011** Dal: **1-giu-11** Al: **30-giu-11**
N.dipendenti **1**
N.Ordine

IMPONIBILE	€	42,00
	€	
Totale	€	42,00

Modalità di pagamento:
RIMESSA DIRETTA

BANCA: Monte dei Pachi di Siena
ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559 CIN:P
IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitare Vi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di legge.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

Imposta di bollo su originale € 1,81

N. RIC.	N. IVA 1674
DATA DI REGISTRAZIONE 19/7/11	

90

P.le Cittadella della Carità n. 01 • 74123 TARANTO
Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732250
P.IVA 01051420733 • C.F. 90014210737
www.cittadelladellacarita.it • cittadella@cittadelladellacarita.it

FONDAZIONE SAN RAFFAELE CITTADELLA DELLA CARITÀ ERETTA IN ENTE MORALE



FANELLI

ARZEO

na del lavoro

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
 VIA CESARE BATTISTI 657
 74100 TARANTO (TA)
 Cod.Fisc. **00146330733**
 Part.IVA **00146330733**

Attatura N.	Data
258 MDL	30/06/2011

13616

Prot. N. 13 LUG. 2011

Del	
P	PRESIDENTE ☐
DG	DIRETTORE GENERALE ☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT	DIRETTORE TECNICO ☐
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☐
UA	ACQUISTI / CONTRATTI ☐
UC	CONTABILITÀ / BILANCIO ☐
UI	INFORMATICA ☐
UP	PERSONALE / RETRIBUZIONI ☐
UT	TECNICO ☐
UPT	PRODOTTI TRAFFICO ☒
URG	RAGIONERIA / ECONOMATO ☐
STU	STAFF QUALITÀ ☐

amo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e
 one ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

giugno 2011 Dal: 1-giu-11 Al: 30-giu-11
 nti 1

IMPONIBILE € 42,00

€

Totale € 42,00

i pagamento:

IRETTA

lonte dei Pachi di Siena

I CAB 15805 C/C 000007821559 CIN:P
 P010 3015 8050 0000 7821 559

o che non ricevendo il pagamento entro
 licata, ci vedremo costretti ad addebitarVi
 ali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs.
 romuovere azione legale per il recupero

i sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e
 icazioni

su

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente,
 sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per
 fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di
 legge.

N. RIC.	N. IVA 1674
DATA DI REGISTRA. 19/7/11	

ttadella della Carità n. 01 * 74123 TARANTO
 Tel. 099.4732111 * Fax 099.4732250



UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto	
Contr. Rep. n.	del
Delib. C.A. n.	del
Delib. C.A. n.	del
Delib. C.A. n. 94	del 09
Data scadenza pagamento 30/7/11	
DATA MAR. 2013	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA 01 MAR. 2013	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA 25/07/11	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA 26-03-2013	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 01.3.2012	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA 01.03.2012	FIRMA

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

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

NOTE:

11 DIC 2012

[Red signature]

21576
10 DIC. 2012

Prot. N. ☐

Del ☐

P PRESIDENTE ☐

DG DIRETTORE GENERALE ☐

DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐

DT DIRETTORE TECNICO ☐

UE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐

DAG AFFARI GEN. P.R. SINISTRI ☐

UA ACQUISTI / CONTRATTI ☐

UC CONTABILITÀ / BILANCIO ☐

UI INFORMATICA ☐

UP PERSONALE / RETRIBUZIONI ☐

UT TECNICO ☐

uIPT PRODOTTI TRAFFICO ☐

uIRG RAGIONERIA / ECONOMATO ☐

STQ STAFF QUALITÀ ☐

Medicina del lavoro

Spett.le: **A.M.A.T. S.P.A**
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO (TA)

Cod.Fisc. **00146330733**

Part.IVA **00146330733**

Fattura N.	Data
511 MDL	30/11/2012

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **novembre 2012**

Dal: **1-nov-12**

Al: **30-nov-12**

N.dipendenti **34**

N.Ordine **VISITE ASL**

SCONTO

10

IMPONIBILE

€

2.924,00

SCONTO

€

292,40

Imposta di bollo

1,81

Totale

€

2.633,41

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario a 60 gg. data fattura

BANCA:Monte dei Pachi di Siena

ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559

IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

CIN:P

RIC	N.IVA 3143
DATA DI REGISTR. 17 DIC 2012	

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitareVi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

Imposta di bollo su originale € 1,81

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di legge.



ELLA CARITÀ ERETTA IN ENTE MORALE





Medicina del lavoro

11 DIC 2012

Prot. N. 21576
10 DIC. 2012

Del	PRESIDENTE	☐
P	DIRETTORE GENERALE	☐
DG	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DA	DIRETTORE TECNICO	☐
DT	ESECUZIONE MOVIMENTO	☐
LE	AFFARI GEN. / P. / SINISTRI	☐
PA	ACQUISTI / CONTRATTI	☐
UA	CONTABILITÀ / BILANCIO	☐
UC	INFORMATICA	☐
UI	PERSONALE / RETRIBUZIONI	☐
UP	TECNICO	☐
UT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
u/PT	RAZIONERIA / ECONOMATO	☐
u/RG	STAFF QUALITÀ	☐
STQ		☐

Spett.le: **A.M.A.T. S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO (TA)
Cod.Fisc. **00146330733**
Part.IVA **00146330733**

Fattura N.	Data
511 MDL	30/11/2012

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **novembre 2012**

Dal: **1-nov-12**

Al: **30-nov-12**

N.dipendenti **34**

N.Ordine **VISITE ASL**

SCONTO	10	IMPONIBILE	€	2.924,00
		SCONTO	€	292,40
Imposta di bollo				1,81

Totale € **2.633,41**

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario a 60 gg. data fattura

BANCA: Monte dei Paschi di Siena
ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559 CIN:P
IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

RIC	N.IVA 3143
DATA DI REGISTR.	17 DIC 2012

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitare Vi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per fini amministrativi e per l'adempimento di obblighi di legge.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

Imposta di bollo su originale € 1,81

P.le Cittadella della Carità n. 01 - 74123 TARANTO
Tel. 099.4732111 - Fax 099.4732250
P.IVA 01051420733 - C.F. 90014210737
www.cittadelladellacarita.it - cittadella@cittadelladellacarita.it



ELLA CARITÀ ERETTA IN ENTE MORALE



UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n. _____ del _____

Delib. C.A. n. _____ del _____

Delib. C.A. n. _____ del _____

Delib. C.A. n. *24822* del _____Data scadenza pagamento *30/12/12*
 DATA **20 FEB. 2013** L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

 DATA **20 FEB. 2013** FIRMA *[Signature]*
UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

 DATA **8 FEB 2013** FIRMA DEL RESPONSABILE *[Signature]*
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

 DATA *26-03-2013* FIRMA *[Signature]*
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 *14.02.2013* FIRMA DEL RESPONSABILE *[Signature]*
IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

 DATA *18.02.2013* FIRMA *[Signature]*
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:

Medicina del lavoro

11 DIC 2012

21577
Prot. N. 10 DIC. 2012

Del. P.	PRESIDENTE	☐
DG	DIRETTORE GENERALE	☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DT	DIRETTORE TECNICO	☐
DE	ESERCIZIO MOVIMENTO	☐
DAE	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI	☐
DA	ACQUISTI / CONTRATTI	☐
DC	CONTABILITÀ / BILANCIO	☐
DI	INFORMATICA	☐
DP	PERSONALE / RETRIBUZIONI	☐
DT	TECNICO	☐
DEPT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
DERG	RAGIONERIA / ECONOMATO	☐
STQ	STAFF QUALITÀ	☐

Spett.le: **AMAT S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO (TA)

Cod.Fisc. **00146330733**
Part.IVA **00146330733**

Fattura N.	Data
509 MDL	30/11/2012

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **novembre 2012** Dal: **1-nov-12** Al: **30-nov-12**
N.dipendenti **35**
N.Ordine

IMPONIBILE	€	5.125,60
	€	
Imposta di bollo		1,81
Totale	€	5.127,41

Modalità di pagamento:
Bonifico Bancario a 60 gg. data fattura

BANCA:Monte dei Pachi di Siena
ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559
IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

CIN:P

RIC	N.IVA. 3142
DATA DI REGISTR.	17 DIC 2012

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitareVi gli interessi legali di mora previsti dall'Art.5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

- Imposta di bollo su originale € 1,81

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

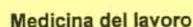
Vi informiamo che i Vs.Dati anagrafici, necessariamente, sono inseriti in una ns. banca dati e vengono usati per i servizi e per l'adempimento di obblighi di



P.le Cittadella della Carità n. 01 • 74123 TARANTO
Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732250
P.IVA 01051420733 • C.F. 90014210737
www.cittadelladellacarita.it • cittadella@cittadelladellacarita.it

FONDAZIONE SAN RAFFAELE CITTADELLA DELLA CARITÀ ERETTA IN ENTE MORALE





Spett.le: **AMAT S.P.A.**
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO (TA)

Cod.Fisc. **00146330733**

Part.IVA **00146330733**

<i>Fattura N.</i>	<i>Data</i>
509 MDL	30/11/2012

Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo:	novembre 2012	Dal:	1-nov-12	Al:	30-nov-12
N.dipendenti	35				
N.Ordine					

IMPONIBILE	€	5.125,60
	€	<u>1,81</u>
Totale	€	5.127,41

Modalità di pagamento:
Bonifico Bancario a 60 gg. data fattura

BANCA:Monte dei Pachi di Siena
ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559 CIN:P
IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

RIC _____	N.IVA. 3142
DATA DI REGISTR. 17 DIC 2012	

Vi informiamo che non ricevendo il pagamento entro la scadenza indicata, ci vedremo costretti ad addebitarvi gli interessi legali di mora previsti dall'Art. 5 D.Lgs. 231/2002 e a promuovere azione legale per il recupero del credito.

Esente da IVA ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 633/72 e successive modificazioni

- Imposta di bollo su
originale € 1,81

P.le Cittadello della Carità n. 01 • 74123 TARANTO
Tel. 099.4732111 • Fax 099.4732250
PJVA 01051420733 • C.F. 90014210737
www.cittadelladellocarita.it • cittadello@cittadelladellocarita.it

D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

Vi informiamo che i Vs. Dati anagrafici, necessariamente, in una ns. banca dati e vengono usati per rativi e per l'adempimento di obblighi di



FONDAZIONE SAN RAFFAELE CITTADELLA DELLA CARITÀ ERETTA IN ENTE MORALE



UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n. _____ del _____

Delib. C.A. n. _____ del _____

Delib. C.A. n. _____ del _____

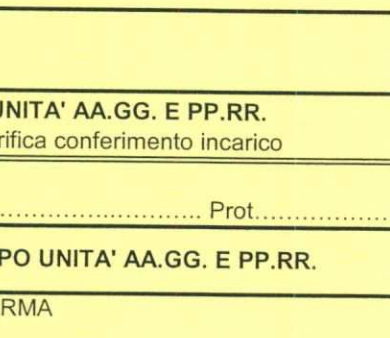
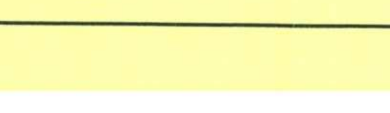
Delib. C.A. n. *21-24 SAT.* del _____Data scadenza pagamento *30/12/17*DATA
20 FEB. 2013

L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione
DATA
20 FEB. 2013

FIRMA






UFFICIO PERSONALE

verifica visite di accertamento sanitario del personale

Data scadenza pagamento

DATA

18.02.2013

FIRMA DEL RESPONSABILE

[Signature]
IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA

18.02.2013

FIRMA

[Signature]
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:

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