



T 224/13

ESERCIZIO 2013

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 529

S. RAFFAELE

ACC. SANITARI A DIP

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
 Capitale 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	529	30/04/2013			€ 4.467,97

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: quattromilaquattrocentosessantasette,97

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

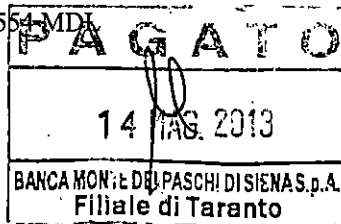
CAUSALE DEL PAGAMENTO

12/2012 ACC.SANITARI 19 DIPENDENTE

CIC = 0358346478

PAGAMENTO FATTURE N.

551 MDL, 552 MDL, 554 MDL



IMPORTO LORDO	€	4.467,97
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	4.467,97

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 4.467,97	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'	€ 0,00	
94/09			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

TARANTO

CONTO IN EURO

12:15 OP. EURO 14.05.13 9602 78215,59 960102500224 9601
SAN RAFFAELE CITTADILLA DELLA CARIT
PIAZZALE MONS. GUGLIELMO MOTOLESE 1
74100 TARANTO TA

CREDITO

MANDATI DI PAGAMENTO

(PARI A LIRE

4.467,97 14.05.13

8.651.196)

A.M.A.T. AZIENDA PER LA MOBI/MAN.529/551 552 554 MDL CIG 03583464

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
 Capitale 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	529	30/04/2013			€ 4.467,97

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: quattromilaquattrocentosessantasette,97

PAGAMENTO: RIMESSA DIRETTA 60 GIORNI

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENXXXXX

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

12/2012 ACC.SANITARI 19 DIPENDENTE

CIC = 0358346478

PAGAMENTO FATTURE N.

551 MDL, 552 MDL, 554 MDL

IMPORTO LORDO	€	4.467,97
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	4.467,97

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		€ 4.467,97	
		€ 0,00	
		€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
94/09	DISPONIBILITA'	€ 0,00	

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

Medicina del lavoro

7 GEN 2013

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

Fattura N.	Data
552 MDL	20/12/2012

2228h
Pr. N. 21 DIC. 2012
PRESIDENTE ☐
DIRETTORE GENERALE ☐
DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DIRETTORE TECNICO ☐
ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☐
ACQUISTI / CONTRATTI ☐
CONTABILITÀ / BILANCIO ☐
INFORMATICA ☐
PERSONALE / RETRIBUZIONI ☐
TECNICO ☐
PRODOTTI TRAFFICO ☐
RAGIONERIA / ECONOMATO ☐
SIST. SIMULAZIONE ☐

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: **dicembre 2012** Dal: **3-dic-12** Al: **20-dic-12**

N.dipendenti **1**

N.Ordine **VISITE ASL (ulteriori accertamenti)**

SCONTO	10	IMPONIBILE	€	39,50
		SCONTO	€	3,95
Totale			€	35,55

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

RIC	N.IVA 3282
DATA DI REGISTR.	

31/12/12

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 CITADELLA DELLA CARITÀ ERETTA IN ENTE MORALE



Medicina del lavoro

7 GEN 2013

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

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

Fattura N.	Data
552 MDL	20/12/2012

2228h

Procl. N.	21 DIC. 2012
Dir. F.	PRESIDENTE
Dir. G.	DIRETTORE GENERALE
Dir. A.	DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dir. T.	DIRETTORE TECNICO
Dir. E.	ESERCIZIO MOVIMENTO
Dir. S.	ATTARI GEN. P.R. SINISTRI
Dir. A.	ACQUISTI / CONTRATTI
Dir. C.	CONTABILITÀ / BILANCIO
Dir. I.	INFORMATICA
Dir. P.	PERSONALE / RETRIBUZIONI
Dir. U.	TECNICO
Dir. P.	PRODOTTI TRAFFICO
Dir. R.	RAZIONERIA / ECONOMATO
Dir. S.	STAFF MUNICIPI

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: **dicembre 2012** Dal: **3-dic-12** Al: **20-dic-12**

N.dipendenti **1**

N.Ordine **VISITE ASL (ulteriori accertamenti)**

SCONTO	10	IMPONIBILE	€	39,50
		SCONTO	€	3,95

Totale € **35,55**

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 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

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.

RIC	N.IVA 3282
DATA DI REGISTR.	31/12/12

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

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. 94 del 09

Data scadenza pagamento

20-1-13

DATA L'ADDETTO AL RISCONTRO

01 MAR. 2013

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA FIRMA

01 MAR. 2013

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

14 FEB 2013

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA FIRMA

06-05-2013

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

28.02.2013

IL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisione

DATA FIRMA

28.02.2013

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:

7 GEN 2013

[Handwritten signature]

22286

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**

Prot. N. **21 DIC 2012**
Del **21 DIC 2012**
P. PRESIDENTE ☐
DG DIRETTORE GENERALE ☐
DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT DIRETTORE TECNICO ☐
LE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
AG AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☐
LA ACQUISTI/CONTRATTI ☐
GC CONTABILITÀ/BILANCIO ☐
DI INFORMATICA ☐
UP PERSONALE/RETRIBUZIONI ☐
UT TECNICO ☐
LPT PROMOTTI/TRAFFICO ☐
LRG RAGIONERIA/ECONOMATO ☐
SQ STAFF QUALITÀ ☐

Fattura N.	Data
554 MDL	20/12/2012

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: **dicembre 2012** Dal: **3-dic-12** Al: **20-dic-12**
N.dipendenti **19**
N.Ordine **VISITE ASL**

SCONTO	10	IMPONIBILE	€	1.524,00
		SCONTO	€	152,40
Imposta di bollo				1,81
Totale			€	1.373,41

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

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.

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 • CF. 90014210737
www.cittadelladellacarita.it • cittadella@cittadelladellacarita.it



RIC	N.IVA 3284
DATA DI REGISTR. 31/12/12	

DELLA CARITÀ ERETTA IN ENTE MORALE



7 GEN 2013

22286

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**

Prot. N. **21 DIC 2012**
Del **21 DIC 2012**
P. PRESIDENTE ☐
DG DIRETTORE GENERALE ☐
DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT DIRETTORE TECNICO ☐
DE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
DS AFFARI GEN. P. R. SINISTRI ☐
UR ACQUISTI / CONTRATTI ☐
EC CONTABILITA' / BILANCIO ☐
UI INFORMATICA ☐
UP PERSONALE / RETRIBUZIONI ☐
UT TECNICO ☐
ULPT PRODOTTI TRAFFICO ☐
ULRG RAGIONERIA / ECONOMATO ☐
STQ STAFF QUALITÀ ☐

Fattura N.	Data
554 MDL	20/12/2012

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: **dicembre 2012** Dal: **3-dic-12** Al: **20-dic-12**
N.dipendenti **19**
N.Ordine **VISITE ASL**

SCONTO	10	IMPONIBILE	€	1.524,00
Imposta di bollo		SCONTO	€	152,40
				1,81
Totale			€	1.373,41

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

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.

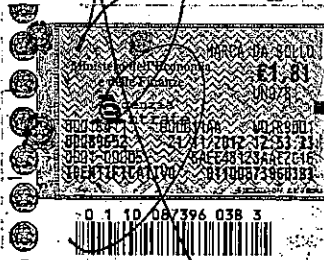
D.LGS.196/2003: TUTELA DELLA PRIVACY

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



RIC	N.IVA 3284
DATA DI REGISTR. 31/12/12	

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. 94 del 09Data scadenza pagamento 20-1-13DATA 01 MAR 2013 L'ADDETTO AL RISCONTROIL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisioneDATA 01 MAR. 2013 FIRMA
UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA 14 FEB 2013 FIRMA DEL RESPONSABILEIL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisioneDATA 06-05-2013 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 27.02.2013 FIRMA DEL RESPONSABILEIL RESP. UNITA' PERSONALE
per supervisioneDATA 27.02.2013 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:

7 GEN 2013

Medicina del lavoro

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

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

Fattura N.	Data
551 MDL	20/12/2012

22285
Prol. N. **21 DIC. 2012**
7 PRESIDENTE ☐
DG DIRETTORE GENERALE ☐
CA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT DIRETTORE TECNICO ☐
TE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
VAG AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☐
VA ACQUISTI / CONTRATTI ☐
CC CONTABILITA' / BILANCIO ☐
IN INFORMATICA ☐
UP PERSONALE / RETRIBUZIONI ☐
IT TECNICO ☐
MPT PRODOTTI TRAFFICO ☐
TRG RAGIONERIA / ECONOMATO ☐
SIV SIST. MUNICI ☐

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: **dicembre 2012** Dal: **3-dic-12** Al: **20-dic-12**
N.dipendenti **26**
N.Ordine

IMPONIBILE	€	3.057,20
	€	
Imposta di bollo		1,81
Totale	€	3.059,01

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 3283
DATA DI REGISTR.	

31/12/12

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.

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

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



DELLA CARITÀ ERETTA IN ENTE MORALE



7 GEN 2013

ProL N. **22285**
Del **21 DIC. 2012**

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

Medicina del lavoro

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

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

Fattura N.	Data
551 MDL	20/12/2012

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: **dicembre 2012** Dal: **3-dic-12** Al: **20-dic-12**
N.dipendenti **26**
N.Ordine

IMPONIBILE	€	3.057,20
	€	1,81
Totale	€	3.059,01

Imposta di bollo

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario a 60 gg. data fattura

BANCA: Monte dei Paschi di Siena
ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559
IBAN: IT35 P010 3015 8050 0000 7821 5559

CIN: P

RIC	N.IVA 3283
DATA DI REGISTR. 31/12/12	

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

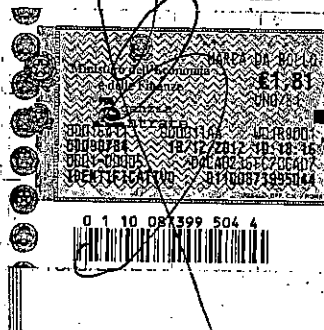
D.LGS.196/2003:TUTELA DELLA PRIVACY

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

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



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. 74 del 09

Data scadenza pagamento

20-1-13DATA
01 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 **14 FEB 2013**

FIRMA DEL RESPONSABILE _____

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione
DATA
06-05-1013

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

27.02.1013

FIRMA DEL RESPONSABILE _____

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA

27.02.2013

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: