



T 551

ESERCIZIO 20 15

## ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1255

CARDUCCI ARTENISIO

FITTO MATTEOTTI, 17

10/2015

# 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         | 1.255         | 01/10/2015 |           |           | € 1.010,00         |

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

CARDUCCI ARTENISIO EREDI  
 DELEGATA GRUSSET REINE  
 VIA CIRO MENOTTI, 4  
 00100 ROMA (RM)  
 Partita IVA:  
 CC 03.18;21.428

DICONSI EURO: milledieci,00

PAGAMENTO:

POSTE ITALIANE SPA

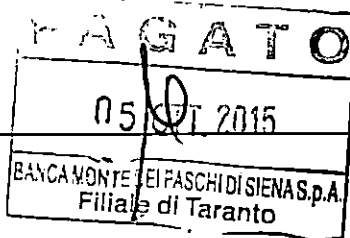
IBAN: IT08J0760103200000095725362

## CAUSALE DEL PAGAMENTO

RIC.10 FITTO MATTEOTTI,17 10/2015

PAGAMENTO FATTURE N.

|                 |   |          |
|-----------------|---|----------|
| IMPORTO LORDO   | € | 1.010,00 |
| TOTALE RITENUTE | € | 0,00     |
| IMPORTO         | € | 1.010,00 |



| RISULTANZE<br>DELLA GESTIONE DI CASSA | IMPORTO LORDO           | € 1.010,00 | CASSA |
|---------------------------------------|-------------------------|------------|-------|
|                                       | PREVISIONE              | € 0,00     | CASSA |
|                                       | PROG. ORDINATIVI EMESSI | € 0,00     | CASSA |
|                                       | DISPONIBILITA'          | € 0,00     | CASSA |
| ESTREMI DELIBERA                      |                         |            |       |

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA

FILIALE 9601 TARANTO

IBAN BENEFICIARIO: IT0830760103200000095725362

NR.SCT: 111876731 CRO: A1006161870

DATA ORDINE: 05.10.2015

TRANSACTION ID: A100616187001030481580115800IT

ORDINANTE: AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TA  
VIA CESARE BATTISTI 657  
TARANTO

BANCA DEST: POSTE ITALIANE SOCIETA' PER AZIONI  
ROMA  
POSTE CENTRO

RM

BENEFICIARIO: GRUSSET REINE DELEGATA EREDI CARDUCCI A

DT REG : 07.10.2015

IMPORTO: 1.010,00

NOTE: FITTO OTT 2015 VIA MATTEOTTI 17

MANDATO NUM. 1255

GRUPPO BANCARIO MONTE PASCHI SIENA - BANCA 1030.6 -GRUPPO 1030

# 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         | 1.255         | 01/10/2015 |           |           | € 1.010,00         |

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

CARDUCCI ARTENISIO EREDI  
DELEGATA GRUSSET REINE  
VIA CIRO MENOTTI, 4  
00100 ROMA (RM)  
Partita IVA:  
CC 03.18;21.428

DICONSI EURO: milledieci,00

PAGAMENTO:

POSTE ITALIANE SPA

IBAN: IT08J0760103200000095725362

## CAUSALE DEL PAGAMENTO

RIC.10 FITTO MATTEOTTI,17 10/2015

PAGAMENTO FATTURE N.

|                 |   |          |
|-----------------|---|----------|
| IMPORTO LORDO   | € | 1.010,00 |
| TOTALE RITENUTE | € | 0,00     |
| IMPORTO         | € | 1.010,00 |

| RISULTANZE<br>DELLA GESTIONE DI CASSA | CASSA                   |            |
|---------------------------------------|-------------------------|------------|
|                                       | IMPORTO LORDO           | € 1.010,00 |
|                                       | PREVISIONE              | € 0,00     |
|                                       | PROG. ORDINATIVI EMESSI | € 0,00     |
| ESTREMI DELIBERA                      | DISPONIBILITA'          | € 0,00     |

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

Taranto 23/09/2015

Ric 10

Oggetto: documento amministrativo ad uso interno

| PERCIPIENTI              | MOTIVO                           | PERIODO      | IMPORTO   |
|--------------------------|----------------------------------|--------------|-----------|
| CARDUCCI ARTENISIO EREDI | Fitto locali via Matteotti 17 TA | OTTOBRE 2015 | €1010.00  |
|                          | <b>TOTALE</b>                    |              | € 1010.00 |

N. RIC. 2834 N. IVA \_\_\_\_\_  
DATA DI REGISTR. 25 SET 2015



Capo Unità' Organizzativa  
(Marilyna Passeretti)  
*[Signature]*

T 551/15  
M.P. 1255/15

Taranto 23/09/2015

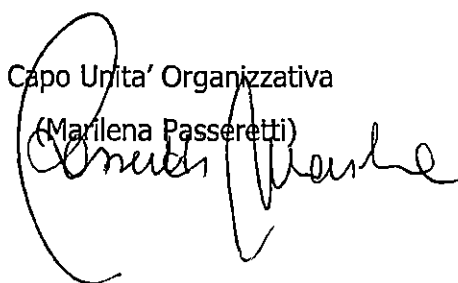
Ric 10

Oggetto: documento amministrativo ad uso interno

| PERCIPIENTI              | MOTIVO                           | PERIODO      | IMPORTO   |
|--------------------------|----------------------------------|--------------|-----------|
| CARDUCCI ARTENISIO EREDI | Fitto locali via Matteotti 17 TA | OTTOBRE 2015 | €1010.00  |
|                          | <b>TOTALE</b>                    |              | € 1010.00 |

N. RIC. 2834 N. IVA  
DATA DI REGISTR. 25 SET 2015

Capo Unità' Organizzativa  
(Marilena Passeretti)



| UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI<br>verifica condizione, ordine e contratto |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Contr. Rep. n° _____ del _____                                          |                                          |
| Conv. n° _____ del _____                                                |                                          |
| Determ. A.D. n° _____ del _____                                         |                                          |
| Delib. C.A. n° <u>Art. 24 Srt</u> del _____                             |                                          |
| Data scadenza pagamento _____                                           |                                          |
| DATA<br><u>28 SET. 2015</u>                                             | L'ADDETTO AL RISCONTRO<br><u>[Firma]</u> |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI<br>per supervisione                           |                                          |
| DATA<br><u>28 SET. 2015</u>                                             | FIRMA<br><u>[Firma]</u>                  |

| UFFICIO RAGIONERIA<br>verifica dati contabili               |                                          |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| data scadenza pagamento indicata in fattura _____           |                                          |
| data scadenza di pagamento presunta _____                   |                                          |
| DATA<br><u>25 SET. 2015</u>                                 | FIRMA DEL RESPONSABILE<br><u>[Firma]</u> |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO<br>per supervisione |                                          |
| DATA _____                                                  | FIRMA _____                              |

| IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA<br>verifica dati tecnici |             |
|----------------------------------------------------------------|-------------|
| Data scadenza pagamento _____                                  |             |
| DATA _____                                                     | FIRMA _____ |

| UNITA' AA.GG. E PP.RR.<br>verifica conferimento incarico |             |
|----------------------------------------------------------|-------------|
| Conferimento del ..... Prot. ....                        |             |
| IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.                           |             |
| DATA _____                                               | FIRMA _____ |

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

| UFFICIO MAGAZZINO<br>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<br>per supervisione                                 |                              |
| DATA _____                                                                  | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |

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

NOTE: