



16/4/15

ESERCIZIO 20 15

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1486

MINISTERO DELLE FINANZE

OXO INTERV. SOSI. INAIL

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	1:486	10/11/2015			€ 291,38

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

MINISTERO DELLE FINANZE - VERS. F/24-23

/ 0
Partita IVA:
CC 03.18;22.878

234

DICONSI EURO: duecentonovantuno,38

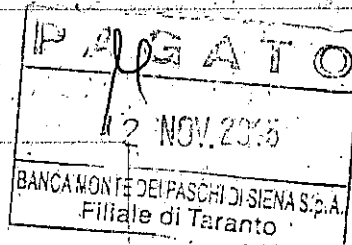
PAGAMENTO:

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA TELEM IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

OXO SRL: INTERVENTO SOST. INAIL

PAGAMENTO FATTURE N.



IMPORTO LORDO	€	291,38
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	291,38

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
		€ 291,38	
		€ 0,00	
	PREVISIONE	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
	DISPONIBILITA'	€ 0,00	
63/09			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

**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	1.486	10/11/2015			€ 291,38

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

MINISTERO DELLE FINANZE - VERS. F/24-23

/ 0

Partita IVA:

CC 03.18;22.878

DICONSI EURO: duecentonovantuno,38.

PAGAMENTO:

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA TELEM

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

OXO SRL: INTERVENTO SOST. INAIL

PAGAMENTO FATTURE N.

IMPORTO LORDO	€	291,38
TOTALE RITENUTE	€	0,00
IMPORTO	€	291,38

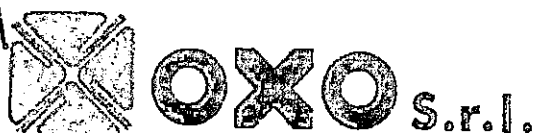
		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	€ 291,38	
	PREVISIONE	€ 0,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI	€ 0,00	
	DISPONIBILITA'	€ 0,00	
ESTREMI DELIBERA			
63/09			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



Via Venezia, 270 - 74121 TARANTO
Tel./Fax 099.7792418
P.IVA n. 01779860731
Reg.Trib.TA n10095 - C.C.I.A.A. 95455
Capitale Sociale € 10.400,00
IBAN: IT33U0101015809100000011488
Email: oxocatering@gmail.com

CODICE CLIENTE	PARTITA IVA / CODICE FISCALE	ZONA	PAGINA
836	00146330733	001	1

SPETTABILE

AMAT AZIENDA PER LA MOBILITA' DI TARANTO
VIA CESARE BATTISTI 657
74100 TARANTO TA
DESTINATARIO MERCE

29 GEN. 2015

TIPO DOCUMENTO

FATTURA

DATA FATTURA	NUMERO FATTURA	DATA BOLLA	NUMERO BOLLA	VALUTA	CONTOVALORE
09/01/2015	9/FI			E	
MODALITA' DI PAGAMENTO	DATA DEC. PAG.	BANCA D'APPOGGIO			
B. BANCARIO 60gg. d/F	09/01/2015	SANPAOLO BANCO di NAPOLI			
AGENTE 1	AGENTE 2	PORTO / RESA	SPELIZIONE		
40		FRANCO	MITTENTE		

CODICE ARTICOLO E DESCRIZIONE			QUANTITA'	PREZZO	% SC.	IMPORTO	% IVA																																																					
RIF. Vs. ORDINE MA000629 DEL 10/12/2014																																																												
Z70 SEPIOLITE 6/30 KG.20			25,00	26,000		650,00	22																																																					
AMAT S.p.a. - MAGAZZINO RICAMBI Conformità della fornitura, accettazione e presa in carico del materiale (Ods n°26 del 21/04/2006) <table><tr><td>Conformità/accettazione materiale</td><td>Data</td><td>Firma</td></tr><tr><td></td><td>09 GEN. 2015</td><td>[Firma]</td></tr><tr><td>Presa in carico materiale conforme</td><td>Data</td><td>Firma</td></tr><tr><td></td><td>28 GEN. 2015</td><td>[Firma]</td></tr></table>			Conformità/accettazione materiale	Data	Firma		09 GEN. 2015	[Firma]	Presa in carico materiale conforme	Data	Firma		28 GEN. 2015	[Firma]			AMAT Azienda per la mobilità nell'area di Taranto Prov. n. 1717 del 28 GEN. 2015 <table><tr><td>AS</td><td>Amministratore Delegato</td><td>☐</td></tr><tr><td>DG</td><td>Direttore Generale</td><td>☐</td></tr><tr><td>DA</td><td>Direttore Amministrativo</td><td>☐</td></tr><tr><td>DT</td><td>Direttore Tecnico</td><td>☐</td></tr><tr><td>UAP</td><td>Appalti / Contratti</td><td>☐</td></tr><tr><td>UCM</td><td>Commerciale / Marketing</td><td>☐</td></tr><tr><td>UCB</td><td>Contabilità Bilancio</td><td>☐</td></tr><tr><td>UES</td><td>Esercizio / Soste</td><td>☐</td></tr><tr><td>UIS</td><td>Informatica / Statistica</td><td>☐</td></tr><tr><td>UMT</td><td>Manutenzione / Tecnica</td><td>☐</td></tr><tr><td>URU</td><td>Risorse Umane</td><td>☐</td></tr><tr><td>UAG</td><td>Unità Gen. PRAR SINISTRI</td><td>☐</td></tr><tr><td>RAG</td><td>Ufficio Ragioneria</td><td>☐</td></tr><tr><td>STO</td><td>Staff Qualità</td><td>☐</td></tr></table>	AS	Amministratore Delegato	☐	DG	Direttore Generale	☐	DA	Direttore Amministrativo	☐	DT	Direttore Tecnico	☐	UAP	Appalti / Contratti	☐	UCM	Commerciale / Marketing	☐	UCB	Contabilità Bilancio	☐	UES	Esercizio / Soste	☐	UIS	Informatica / Statistica	☐	UMT	Manutenzione / Tecnica	☐	URU	Risorse Umane	☐	UAG	Unità Gen. PRAR SINISTRI	☐	RAG	Ufficio Ragioneria	☐	STO	Staff Qualità	☐	
Conformità/accettazione materiale	Data	Firma																																																										
	09 GEN. 2015	[Firma]																																																										
Presa in carico materiale conforme	Data	Firma																																																										
	28 GEN. 2015	[Firma]																																																										
AS	Amministratore Delegato	☐																																																										
DG	Direttore Generale	☐																																																										
DA	Direttore Amministrativo	☐																																																										
DT	Direttore Tecnico	☐																																																										
UAP	Appalti / Contratti	☐																																																										
UCM	Commerciale / Marketing	☐																																																										
UCB	Contabilità Bilancio	☐																																																										
UES	Esercizio / Soste	☐																																																										
UIS	Informatica / Statistica	☐																																																										
UMT	Manutenzione / Tecnica	☐																																																										
URU	Risorse Umane	☐																																																										
UAG	Unità Gen. PRAR SINISTRI	☐																																																										
RAG	Ufficio Ragioneria	☐																																																										
STO	Staff Qualità	☐																																																										
TOTALE MERCE		% SCONTO/MAGG.	IMPORTO SCONTO/MAGG.		IMPORTO NETTO																																																							
650,00					650,00																																																							
TRASPORTO		IMBALLO		VARIE	TOTALE SPESE ACCESSORIE																																																							
IMPONIBILE / NON IMPONIBILE		% IVA / COD. ESENZIONE		IMPORTO IVA / MOTIVO ESENZIONE																																																								
650,00		22,00		143,00	INTERVENTO SOSTITUTIVO: A MAK € 291,38 P. 3376 MILAS																																																							
TOTALE FATTURA				NETTO A PAGARE																																																								
793,00				793,00																																																								

CAUSALE DEL TRASPORTO	TRASPORTO A CURA DEL	INIZIO TRASPORTO O CONSEGNA	FIRMA DEL CONDUCENTE
VENDITA	Vettore	DATA ORA	
RAGIONE SOCIALE, DOMICILIO		DATA E ORA DEL RITIRO	
		09/01/2015 10:32	
ASPECTO ESTERIORE DEI BENI	N. COLLI	N. PEZZI SENZA IMBALLO	
BANCALE	25		
PORTO	PESO NETTO	PESO LORDO	
FRANCO			

Ai sensi del D.Lgs.196/2003 Vi informiamo che i Vs. dati saranno utilizzati esclusivamente per fini connessi ai rapporti commerciali tra di noi in essere.
Copritributo CONAI assolto ove dovuto. Vi preghiamo di controllare i Vs. dati anagrafici, la P.IVA e il Cod. Fiscale. Non ci riteniamo responsabili di eventuali errori.

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° 63 del 09 - ART. 13

Data scadenza pagamento

DATA 06 FEB. 2015 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
per supervisione

DATA 09/02/15 FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA 02 FEB. 2015 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
per supervisione

DATA 11-10-15 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 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 TECNICO
 verifica perfetta esecuzione lavori

Data scadenza pagamento

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA
per supervisione

DATA FIRMA DEL RESPONSABILE

NOTE:

DETERMINA LA SOMMA DI
 € 29.138 PER INTERVENTO
 SOST. USV E IMPIANTO

Alla Sede INAIL di Taranto

taranto@postacert.inail.it

Oggetto: DURC - Intervento sostitutivo – Comunicazione preventiva.Codice fiscale ditta irregolare

0	1	7	7	9	8	6	0	7	3	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Codice ditta INAIL

4	2	5	6	5	2	1			
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

Protocollo

I	N	A	I	L	5	0	6	8	3	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Emesso il gg /mm /aaaa

0	8	0	7	2	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---

Il sottoscritto Giovanni Matichecchia , in qualità di responsabile del

procedimento della stazione appaltante A.M.A.T. s.p.a ,

codice fiscale SA 00146330733, comunica di voler attivare l'intervento

sostitutivo ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.R. n. 207/2010 per l'irregolarità

segnalata nel DURC in oggetto per un importo di euro 291,38 (2)

e, a tal fine, chiede di conoscere gli estremi per effettuare il relativo versamento.

Il sottoscritto si impegna ad effettuare tempestivamente il pagamento e ad inviare alla Sede copia della ricevuta di versamento.

Per eventuali comunicazioni, si forniscono i seguenti recapiti

Tel. Ufficio 099-7356 - 212/253

Fax Ufficio 099- 7794247

E-mail Ufficio areacontratti@amat.ta.it ; controllogestione@amat.ta.itE-mail PEC Ufficio areacontratti@pec.amat.ta.it

Il Responsabile del procedimento

.....

(1) *Indicare alternativamente uno dei due recapiti. Per individuare i recapiti delle Sed INAIL consultare il sito www.inail.it al percorso: L'INAIL – Uffici territoriali, selezionare la Regione e visualizzare la Sede di interesse oppure selezionare da "Accesso rapido" "Uffici territoriali". È inoltre possibile individuare la Sede INAIL competente in base al CAP della sede legale dell'impresa al percorso: Contatti (link in alto nella home page) – Struttura INAIL competente (link in fondo alla pagina) – Cerca Sede INAIL.*

(2) *Indicare obbligatoriamente l'importo che la stazione appaltante intende versare all'INAIL a titolo di intervento sostitutivo.*

•Oggetto: CONSEGNA: Comunicazione intervento sostitutivo

Mittente: posta-certificata@telecompost.it

Data: 05/11/2015 12:03

A: areacontratti@pec.amat.ta.it

Ricevuta di avvenuta consegna

Il giorno 05/11/2015 alle ore 12:03:05 (+0100) il messaggio

"Comunicazione intervento sostitutivo" proveniente da

"areacontratti@pec.amat.ta.it"

ed indirizzato a: "taranto@postacert.inail.it"

è stato consegnato nella casella di destinazione.

Identificativo messaggio: 1714592C-D00D-951D-9E64-33F35E3FA1A0@telecompost.it

— postacert.eml —

Oggetto: Comunicazione intervento sostitutivo

Mittente: PEC <areacontratti@pec.amat.ta.it>

Data: 05/11/2015 12:03

A: taranto@postacert.inail.it

Si inoltra comunicazione di intervento sostitutivo nei confronti della ditta OXO per conto dell' AMAT di Taranto, nonché DURC irregolare della stessa ditta .

Nicola Carrieri

Area Contratti AMAT

— Allegati: —

postacert.eml	112 KB
sharp_amatmail_net_20151105_122254_0058_fb2b163a0027.pdf	80,1 KB
dati-cert.xml	840 bytes

VERIFICA REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA

Numero Protocollo	INAIL_506830	Data richiesta	08/07/2015
-------------------	--------------	----------------	------------

Denominazione/ragione sociale	OXO SRL
Codice fiscale	01779860731
Sede legale	VIA VENEZIA, 270 74121 TARANTO (TA)

Con il presente documento si dichiara che il soggetto sopra identificato **NON RISULTA REGOLARE** in quanto

I.N.P.S.

Gestione Committenti di co.co.co e co.co.pro.

I.N.A.I.L.

Gestione Industria

- per irregolarità nel versamento di contributi e accessori

per l'importo di Euro

291,38

Il presente documento che attesta la risultanza negativa della verifica, se acquisito da uno dei soggetti di cui all'art. 1, co. 1, lett. a) e d) del D.M. 30.1.2015, comporta l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 31 co. 3 e 8-bis del decreto legge n.69/2013 convertito dalla legge n. 98/2013.

INAILISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVOROSede di TARANTO
Taranto 06/11/2015
e-mail taranto@inail.it
PEC taranto@postacert.inail.itA.M.A.T. S.P.A
AREA CONTRATTI
PEC areacontratti@pec.amat.ta.it**Oggetto: Art. 4, comma 2, D.P.R. n. 207/2010. Intervento sostitutivo della stazione
appaltante. Dati per il pagamento.**

PROTOCOLLO	506830 del 08/07/2015
Codice fiscale ditta	01779860731
Codice ditta INAIL	04256521
Ragione sociale	OXO SRL

Come da Voi richiesto con nota pec del 05/11/2015 si trasmette di seguito il dettaglio delle irregolarità Inail relative alla ditta ed al DURC indicati in oggetto.

Si comunica che alla data odierna l'importo dell'inadempienza contributiva della ditta in oggetto risulta pari ad euro: .³

Il versamento all'Inail deve avvenire utilizzando il modello di pagamento unificato F24 o, per gli enti e amministrazioni dello stato che rientrano nel sistema di tesoreria unica, tramite F24 EP. In alternativa, ove non fosse possibile utilizzare uno dei metodi precedentemente elencati, il pagamento può avvenire con accredito su C/C tramite l'IBAN indicato nella presente lettera.

- 1 Inserire l'esatto codice fiscale della ditta per la quale effettuare il pagamento.
- 2 Inserire l'esatto codice ditta per il quale effettuare il pagamento.
- 3 Indicare l'importo attuale dell'irregolarità INAIL esclusivamente nel caso in cui questo sia inferiore alla somma indicata dalla stazione appaltante nella comunicazione preventiva.

Modalità di compilazione Modello F24:

Sezione "CONTRIBUENTE"

Campo "CODICE FISCALE indicare il codice fiscale della ditta: **01779860731**

Campo "CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare"⁴, indicare il codice fiscale della stazione appaltante: -----

Campo "CODICE IDENTIFICATIVO", indicare il codice: **"51"** (Intervento sostitutivo - art. 4 del d.P.R. n. 207/2010)

Sezione "INAIL"

Campo "CODICE SEDE", indicare il codice della Sede INAIL: **34500**

Campo "CODICE DITTA", indicare il codice ditta: **04256521**

Campo "C.C.", indicare il codice di controllo: **77**

Campo "NUMERO DI RIFERIMENTO", indicare i numeri di riferimento compilando un rigo per ciascun numero di riferimento: **902015 €291,38**

Campo "CAUSALE", indicare: **P**

Campo "NUMERO DI RIFERIMENTO" e campo "IMPORTI A DEBITO VERSATI", indicare i seguenti dati, compilando un rigo per ciascun numero di riferimento

4 Risoluzione Agenzia delle Entrate n. 34/E del 11 aprile 2012.

Modalità di compilazione Modello F24 EP:

Sezione "CONTRIBUENTE"

Campo "CODICE FISCALE", Indicare il codice fiscale della stazione appaltante: -----

Campo "VERSAMENTO EFFETTUATO IN QUALITA' DI", indicare il codice: **"51"** (Intervento sostitutivo - art. 4 del d.P.R. n. 207/2010)

Campo "PER CONTO DI", Indicare il codice fiscale della ditta: **01779860731**

Sezione "DETTAGLIO VERSAMENTO"

Campo "SEZIONE", indicare: **N**

Campo "CODICE TRIBUTO/CAUSALE", indicare i numeri di riferimento,
compilando un rigo per ciascun riferimento: **902015 €291,38**

Campo "CODICE", indicare il codice della Sede INAIL: **34500**

Campo "ESTREMI IDENTIFICATIVI", indicare il codice ditta: **04256521**

Campo "RIFERIMENTO A", indicare: **P**

Campo "RIFERIMENTO B": non deve essere compilato

Campo "IMPORTI A DEBITO VERSATI", Indicare gli importi da versare
all'Istituto corrispondenti ai numeri di riferimento: **902015 €291,38**

Modalità di pagamento tramite accredito su c/c IBAN:

Il versamento dell'importo relativo alle inadempienze INAIL deve avvenire
tramite accredito sul conto corrente, intestato a questa Sede, codice **IBAN**
IT58Q0306903201100000300038 indicando la causale di pagamento "Intervento
sostitutivo Codice ditta 04256521 - sede di Taranto - Codice fiscale ditta **01779860731**
, per l'importo di **€291,38**

Si ricorda che il pagamento deve essere effettuato con la massima tempestività avendo cura
di inviare alla scrivente Sede copia delle ricevute di versamento (via e-mail all'indirizzo
taranto@inail.it o via PEC all'indirizzo taranto@postacert.inail.it).



IL DIRETTORE DELLA SEDE
(Dr. Vito Santo LINSALATA)

Per eventuali comunicazioni, si fornisco i dati del funzionario competente:
dr. Francesco PAPA e-mail fr.papa@inail.it tel.0997322419 netFax 0622798746

Richiedente:56039072
Data Richiesta:10/11/2015
Data Spedizione:10/11/2015
Tipo Funzione:F24
Id. Flusso:14471411965711GMDW2K
Stato:SPEDITO
Primo Firmatario:ETTORE
Secondo Firmatario:
Abi Cab Numero Conto Tipo Conto :01030 15801 000000008768 CC

DELEGA IRREVOCABILE A: **BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.P.A.**

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

AGENZIA **SUCCURSALE DI TARANTO**
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

PROV. **TA**

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE 0 1 7 7 9 8 6 0 7 3 1 | | | |
cognome, denominazione o ragione sociale

barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

OXO S.R.L.

data di nascita giorno mese anno sesso (M o F) comune (o Stato estero) di nascita

nome

prov.

comune

prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE TARANTO

T | A VIA VENEZIA 270

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3 | | | |

codice identificativo 5 | 1

SEZIONE IVA

codice tributo rateazione/regione/prov./mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

IMPOSTE DIRETTE - IVA

RITENUTE ALLA FONTE

ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice ufficio

codice atto

TOTALE A

0,00 B

0,00

SALDO (A-B)

0,00

SEZIONE INPS

codice sede causale contributo matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda periodo di riferimento da mm/aaaa a mm/aaaa importi a debito versati importi a credito compensati

TOTALE C

0,00 D

0,00

SALDO (C-D)

0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione codice tributo rateazione/mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

TOTALE E

0,00 F

0,00

SALDO (E-F)

0,00

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune Rev. variabile Acc. Saldo immobile numero immobile codice tributo IDENTIFICATIVO OPERAZIONE rateazione/mese rif. anno di riferimento importi a debito versati importi a credito compensati

TOTALE G

0,00 H

0,00

SALDO (G-H)

0,00

SEZIONE ALTRI TRIBUTI PREVIDENTI E ASSICURATIVI

codice sede codice ditta c.c. numero di riferimento causale importi a debito versati importi a credito compensati
34500 04256521 77 902015 P 291,38 0,00

INAIL

TOTALE I

291,38 J

0,00

SALDO (I-L)

291,38

codice ente codice sede causale contributo codice posizione da mm/aaaa periodo di riferimento a mm/aaaa importi a debito versati importi a credito compensati

TOTALE M

0,00 N

0,00

SALDO (M-N)

0,00

SEZIONE PAGAMENTO

EURO + 291,38

ESTREMI DEL VERSAMENTO

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

☐ bancario/postale

n.ro

☐ circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

DATA
giorno mese anno
1 1 1 1 2 0 1 5

01030

15801

COPIA NON VALIDA COME ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO
COPIA PER IL SOGGETTO CHE EFFETTUA IL VERSAMENTO