

1356/17



ESERCIZIO 20 17

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 774

S. RAFFAELÈ CITTADELLA CARITÀ

ESAMI CLINICI D.P.

**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
	2017	774	12/06/2017			62,40

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 C.F. 90014210737

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: sessantadue e 40 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIEN

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ESAMI CLINICI A DIPENDENTI

PAGAMENTO FATTURE N.

78 MDL/2017, 146 MDL/2017



IMPORTO LORDO	62,40
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	62,40

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		
ESTREMI DELIBERA			

VISTO CONTABILITA'
IL DIRIGENTE AMM.VO
IL DIRETTORE
IL PRESIDENTE

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA

FILIALE 9601 TARANTO

IBAN BENEFICIARIO: IT35P0103015805000007821559

NR.SCT: 240133535 CRO: A1015961334

DATA ORDINE: 15.06.2017

TRANSACTION ID: A101596133401030481580115800IT

ORDINANTE: AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TA

VIA CESARE BATTISTI 657

TARANTO

BANCA DEST: MONTE DEI PASCHI DI SIENA

TARANTO AG. 2

BENEFICIARIO: CITTADELLA DELLA CARITA'

PIAZZALE MONS. GUGLIELMO MOTOLESE 1

TARANTO

DT REG : 15.06.2017

IMPORTO: 62,40

NOTE: FATT 78 146 MDL 2017

MANDATO NUM. 774

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
	2017	774	12/06/2017			62,40

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 C.F. 90014210737

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: sessantadue e 40 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIEN

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO**ESAMI CLINICI A DIPENDENTI**

PAGAMENTO FATTURE N.

78 MDL/2017, 146 MDL/2017

IMPORTO LORDO	62,40
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	62,40

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	62,40		
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

AMAT
Assistenza la mobilità nell'area di Taranto

Pr. n. **3992**

del **07 MAR 2017**

Medicina del lavoro

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

Cod.Fisc. **00146330733**

Part.IVA **00146330733**

☐ **RE** Amministratore Delegato
☐ **CG** Direttore Generale
☐ **DR** Direttore Amministrativo
☐ **DT** Direttore Tecnico
☐ **VP** Amministratore
☐ **UCM** Commerciale / Marketing
☐ **UES** Contabilità Bilancio
☐ **UES** Esercizio / Scatola
☐ **UES** Informatica / Statistica
☐ **UNIT** Manutenzione / Tecnica
☐ **URU** Risorse Umane
☐ **UIC** Affari Generali, OPPR, SINISTRI
☐ **RAG** Ufficio Ragioneria
☐ **STO** Sistemi Qualità

Fattura N.	Data
78 MDL / 2017	28/02/2017

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: **febbraio 2017**

Dal: **1-feb-17**

Al: **28-feb-17**

N.dipendenti **1**

N.Ordine

IMPONIBILE € **39,10**
€

Totale € **39,10**

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 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

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 654
DATA DI REGISTR. 15/03/17	





CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Amato
Prestazioni per la medicina nell'area di Taranto

Pro. n. **3992**

di **07 MAR 2017**

RE Amministratore Delegato ☐
 LG Direttore Generale ☐
 TR Direttore Amministrativo ☐
 N Direttore Tecnico ☐
 AP Amministratore Contratti ☐
 CM Commerciale / Marketing ☐
 CS Contabilità Bilancio ☐
 ES Esattore / Scata ☐
 IS Informatica / Statistica ☐
 MT Manutenzione / Tecnica ☐
 RU Risorse Umane ☐
 JC Direzione Generale SINISTRI ☐
 RAG Ufficio Ragioneria ☐
 STU Spese 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
78 MDL / 2017	28/02/2017

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: **febbraio 2017**

Dal: **1-feb-17**

Al: **28-feb-17**

N.dipendenti **1**

N.Ordine

IMPONIBILE	€	39,10
	€	
Totale	€	39,10

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

N. RIC. _____	N. IVA 654
DATA DI REGISTRAZIONE 15/03/17	



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° 26 del 16

Data scadenza pagamento

28-4-17

DATA 27 MAR. 2017 L'ADDETTO AL RISCONTRO

IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

DATA 27/03/17 FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

DATA 16 MAR. 2017 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

DATA 13-06-1017 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 16.03.2017 FIRMA DEL RESPONSABILE

IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA 16.03.2017 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:

Prot. az. n° 1597 /UP

Taranto, 30/01/2017

Egr. Ing.
Massimo Dicecca

e p.c. Al Medico aziendale competente
Dott. Luciano Aprea
SEDE

tramite mail

" " Spett.le
Cittadella della Carità
Quartiere Paolo VI
Taranto

A mezzo fax

OGGETTO: Programmazione visita medica

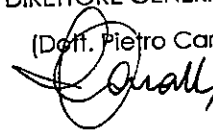
Si fa seguito alle intese telefoniche già intercorse, per confermare che nella giornata di domani, 1° febbraio 2017, entro le ore 9:30, munito della presente e di un documento di riconoscimento in corso di validità, Lei è atteso presso la sede della Cittadella della Carità, sita in Taranto – Quartiere Palo VI, per essere sottoposto agli esami previsti dal protocollo sanitario redatto dal Medico Aziendale Competente, Dott. Luciano Aprea.

Effettuati gli accertamenti diagnostici previsti, sempre presso la precitata struttura seguirà la visita da parte del Medico aziendale.

Distinti saluti

IL DIRETTORE GENERALE F.F.

(Dott. Pietro Carallo)





CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Amat
Agenzia per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **6452**

del **10 APR 2017**

AD	Amministratore Delegato	☐
DG	Direttore Generale	☐
DA	Direttore Amministrativo	☐
DT	Direttore Tecnico	☐
AP	Appalti / Contratti	☐
CM	Commerciale / Marketing	☐
CB	Contabilità Bilancio	☐
ES	Esercizio / Sosta	☐
IS	Informatica / Statistica	☐
MT	Mantenimento / Tecnica	☐
RU	Risorse Umane	☐
UC	Affari Gen. P.P.R.R. SINISTRI	☐
RA	Ufficio Ragioneria	☐
ST	Staff Qualità	☐

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>
146 MDL / 2017	31/03/2017

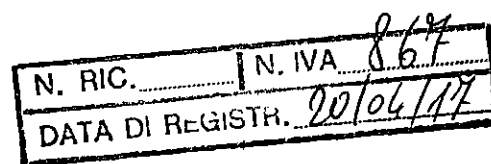
Vi rimettiamo fattura per esami clinici effettuati presso il nostro Centro Polifunzionale per Diagnosi e Riabilitazione ai Vs. dipendenti come da allegato prospetto analitico, per un importo totale di:

Periodo: **marzo 2017** Dal: **1-mar-17** Al: **31-mar-17**
N.dipendenti **1**
N.Ordine

IMPONIBILE	€	23,30
	€	
Totale	€	23,30

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.

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





CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Assis
...enda per la mobilità nell'area di Taranto

Prot. n. **6452**

del **10 APR 2017**

AD Amm.re Delegato ☐
 DG Direttore Generale ☐
 DA Direttore Amministrativo ☐
 DT Direttore Tecnico ☐
 JAP Appalti / Contratti ☐
 I.M. Commerciale / Marketing ☐
 U.G. Contabilità Bianco ☐
 Esercizio / Sost. ☐
 R.S. Informatica / Statistica ☐
 UST Manutenzione / Tecnica ☐
 URM Risorse Umane ☐
 U.C. Affari Gen. P.P.R. SINISTRI ☐
 RAG Ufficio Ragioneria ☐
 SIO Segr. Qualità ☐

Medicina del lavoro

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

<i>Fattura N.</i>	<i>Data</i>
146 MDL / 2017	31/03/2017

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: **marzo 2017**

Dal: **1-mar-17**

Al: **31-mar-17**

N.dipendenti **1**

N.Ordine

IMPONIBILE € **23,30**
 €

Totale € **23,30**

Modalità di pagamento:

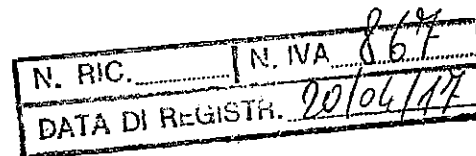
RIMESSA DIRETTA

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.

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



UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI
 verifica condizione, ordine e contratto

Contr. Rep. n° del

Conv. n° del

Determin. A.D. n° del

Delib. C.A. n° 38 del 2015

Data scadenza pagamento

30-05-2017

 DATA 08-05-2017 L'ADDETTO AL RISCONTRO *gfr*

 IL RESP. UNITA' CONTRATTI
 per supervisione

 DATA 08/05/17 FIRMA *gfr*
UFFICIO RAGIONERIA
 verifica dati contabili

data scadenza pagamento indicata in fattura

data scadenza di pagamento presunta

 DATA 21 APR. 2017 FIRMA DEL RESPONSABILE *gfr*

 IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO
 per supervisione

 DATA 13-06-2017 FIRMA *gfr*
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

21-04-2017 *gfr*
 IL RESP. UNITA' PERSONALE
 per supervisione

DATA FIRMA

21-04-2017 *gfr*
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:



CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

ELENCO DIPENDENTI

NUMERO FATTURA	146	AZIENDA	AMAT S.P.A.		
DE VITA	ANGELO		DVTNGL72M30L049D	23/03/2017	
Branca	Esame		Qta		Prezzo
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090141 COLESTEROLO HDL		1		2,8
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090142 COLESTEROLO LDL		1		0,7
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090143 COLESTEROLO TOTALE		1		2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090271 GLUCOSIO [S/P/U/DU/LA]		1		1,8
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090281 HB - EMOGLOBINA GLICATA		1		12
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090432 TRIGLICERIDI		1		3
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	091492 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		1		1
Totale DE VITA		ANGELO	7		23,30
Numero dipendenti	1	Totale Fattura	7		23,30