

T428/18



ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 864

S. RAFFAELLE CITTADINA CARITA

VISITE MEDICA

**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
	2018	864	05/06/2018			47,30

**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: quarantasette e 30 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIEN

IBAN: IT35P0103015805000007821559

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 80MDL/2018 del 28/02/2018

PAGAMENTO FATTURE N.

80MDL/2018 CIG 6510423B02

IMPORTO LORDO	47,30
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	47,30

RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	PREVISIONE	47,30	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		
ESTREMI DELIBERA			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

21939



CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

Medicina del lavoro

60-03-2008

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

Fattura N.	Data
80 MDL / 2018	28/02/2018

AMAT
Azienda per la mobilità nell'area di Taranto

Per. n. **478**
09 MAR. 2018

dir.	
AD Amministratore Delegato	☐
EG Direttore Generale	☐
DA Direttore Amministrativo	☐
DT Direttore Tecnico	☐
AP Appalti / Contratti	☐
CM Commerciale / Marketing	☐
CB Contabilità Bilancio	☐
ES Esercizio / Sosta	☐
IS Informatica / Statistica	☐
MT Manutenzione / Tecnica	☐
RU Risorse Umane	☐
UC Azioni Con. FORN. SINISTRI	☐
RG Ufficio Ragioneria	☐
SO 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: **febbraio 2018**

Dal: **1-feb-18**

Al: **28-feb-18**

N.dipendenti **1**

N.Ordine **CIG: 6510423B02**

IMPONIBILE € **47,30**

€

Totale € **47,30**

Modalità di pagamento:

RIMESSA DIRETTA

BANCA: Monte dei Paschi di Siena

ABI 01030 CAB 15805 C/C 000007821559

IBAN:IT35 P010 3015 8050 0000 7821 559

CIN:P

FVC	N.IVA 2.10
DATA DI REGISTRAZIONE 19.04.18	

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.



21039



CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE-MORALE

Medicina del lavoro

Spett.le: **AMAT S.P.A.**

VIA CESARE BATTISTI 657

74100 TARANTO (TA)

Cod.Fisc. **00146330733**

Part.IVA **00146330733**

AMAT
Presto per la mobilità nell'area di Taranto

Per. n. **1788**
09 MAR. 2018

☐ Amministratore Delegato
☐ Direttore Generale
☐ Direttore Amministrativo
☐ Direttore Tecnico
☐ Appalti / Contratti
☐ Commerciale / Marketing
☐ Contabilità Bilancio
☐ Esercizio / Sostit.
☐ Informatica / Statistica
☐ Manutenzione / Tecnica
☐ Risorse Umane
☐ Affari Gen. PRR, SINISTRA
☐ Ufficio Ragionieri
☐ Staff Qualità

60.08.2018

Fattura N.	Data
80 MDL / 2018	28/02/2018

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 2018**

Dal: **1-feb-18**

Al: **28-feb-18**

N.dipendenti **1**

N.Ordine **CIG: 6510423B02**

IMPONIBILE € **47,30**

€

Totale € **47,30**

Modalità di pagamento:

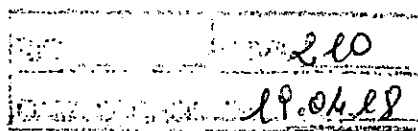
RIMESSA DIRETTA

BANCA: Monte dei Paschi 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



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 28/4/18	
DATA 03 MAG. 2018	L'ADDETTO AL RISCONTRO
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA 04/05/18	FIRMA

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura	
data scadenza di pagamento presunta	
DATA 19 APR. 2018	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA 06-06-2018	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 23 APR. 2018	FIRMA DEL RESPONSABILE
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione	
DATA 23 APR. 2018	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:



CITTADELLA DELLA CARITÀ
FONDAZIONE ERETTA IN ENTE MORALE

ELENCO DIPENDENTI

NUMERO FATTURA	80	AZIENDA	AMAT S.P.A.		
SCARCIA	ABELE		SCRBLA76S04L049E	15/02/2018	
Branca	Esame			Qta	Prezzo
CARDIOLOGIA	008952	ELETTROCARDIOGRAMMA		1	10
OCULISTICA	009502	VISITA OCULISTICA(COMPLESSIVO OCCHIO)		1	20
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090045	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]		1	2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090092	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]		1	2
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)	090443	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		1	2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090622	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.		1	4,5
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	090825	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)		1	2
PATOLOGIA CLINICA (LAB-ANALISI)	091492	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		1	1
	Totale	SCARCIA	ABELE	10	47,30
Numero dipendenti	1		Totale Fattura	10	47,30