

7440/18



ESERCIZIO 20 18

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 889

Ministero delle Regioni

INV/PA 51 Accordo 2018



**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	889	11/06/2018			32.134,00

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

MINISTERO DELLE FINANZE - VERS. F/24-23

/ ()

Partita IVA: C.F.

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: trentaduemilacentotrentaquattro e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

A MEZZO DELEGA BANCARIA GIA' TRASMESSA

IBAN:

CAUSALE DEL PAGAMENTO

ACCONTO IMU/TASI 2018

PAGAMENTO FATTURE N.

IMPORTO LORDO	32.134,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	32.134,00

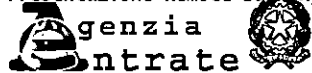
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	CASSA	CASSA
	PREVISIONE	32.134,00	
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
	DISPONIBILITA'		
ESTREMI DELIBERA			

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE



DELEGA IRREVOCABILE A: MONTE DEI PASCHI DI SIENA SpA

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**

AGENZIA VIALE MAGNA GRECIA

PROV. TA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE**CODICE FISCALE**

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

DATI ANAGRAFICI

AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL' AREA DI TARANTO

data di nascita

giorno

mese

anno

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE TARANTO

T.A. VIA CESARE BATTISTI 657

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

codice identificativo

SEZIONE ERARIO**IMPOSTE DIRETTE - IVA****RITENUTE ALLA FONTE****ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice ufficio

codice otto

TOTALE A

B

SALDO (A-B)**SEZIONE INPS**

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/
titolare aziendaperiodo di riferimento:
da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE C

D

SALDO (C-D)**SEZIONE REGIONI**

codice regione

codice tributo

rateazione/
mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE E

F

SALDO (E-F)**SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI**

IDENTIFICATIVO OPERAZIONE

codice ente/
codice comuneInnob.
Row. variat.

Acc. Saldo

numero
immobili

codice tributo

rateazione/
mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

L 0 4 9

X

2

3916

2018

1.283,00

L 0 4 9

X

1

3918

2018

1.583,00

L 0 4 9

X

4

3930

2018

8.050,00

L 0 4 9

X

1

3961

2018

824,00

TOTALE G

H

SALDO (G-H)

detrazione

11.740,00H

11.740,00

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

codice sede

codice ditta

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

INAIL**TOTALE** I

J

SALDO (I-J)

codice ente

codice sede

causale
contributo

codice posizione

periodo di riferimento:
da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE M

N

SALDO (M-N)**FIRMA****SALDO FINALE**

EURO +

11.740,00

CAVALIERE SILVANO

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPIRE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

giorno

mese

anno

0 7 0 6 2 0 1 8

01030

15801

Autorizzo addebito su

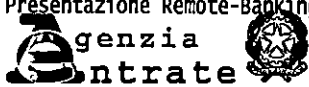
conto corrente codice IBAN

1177701030158010000000000000

firma

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

P.N. 7827 aut 11/6/18



DELEGA IRREVOCABILE A: MONTE DEI PASCHI DI SIENA SpA

**MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO**

AGENZIA VIALE MAGNA GRECIA

PROV. TA

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE**CODICE FISCALE**

0 0 1 4 6 3 3 0 7 3 3

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

AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL' AREA DI TARANTO

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

comune

prov. via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

TARANTO

TJA VIA CESARE BATTISTI 657

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

codice identificativo

SEZIONE IRPESE**IMPOSTE DIRETTE - IVA****RITENUTE ALLA FONTE****ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI**

codice ufficio

codice atto

TOTALE A**SALDO (A-B)****SEZIONE INPS**

codice sede

causale contributo

matricola INPS/codice INPS/
filiale aziendaperiodo di riferimento:
da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE C**SALDO (C-D)****SEZIONE REGIONI**

codice regione

codice tributo

rateazione/
mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE E**SALDO (E-F)****SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI****IDENTIFICATIVO OPERAZIONE**codice ente/
codice comune

Imm. riv.

Imm. var.

Acc.

Soldo

numero
immobili

codice tributo

rateazione/
mese rif.anno di
riferimento

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE G**SALDO (G-H)****SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI****INAIL**

codice sede

codice ditta

c.c.

numero
di riferimento

causale

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE I**SALDO (I-L)**

codice ente

codice sede

causale
contributo

codice posizione

periodo di riferimento:
da mm/aaaa a mm/aaaa

importi a debito versati

importi a credito compensati

TOTALE M**SALDO (M-N)****FIRMA****SALDO FINALE**

EURO + 20.394,00

CAVALIERE SILVANO

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPIRE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA

CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

AZIENDA

CAB/SPORTELLI

Pagamento effettuato con assegno

bancario/postale

n.ro

circolare/vaglia postale

tratto / emesso su

cod. ABI

CAB

Autorizzo addebito su
conto corrente codice IBAN

1177*0103015801000000000000

firma

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

P.N. 7817 del 11/6/18

[illegible]