

T516/19



ESERCIZIO 20 19

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 1032

Dott.ssa TISCHEU Paola

GRUP. CONP. CUEGÒ SIND.

12/5/19

**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
	2019	1.032	09/07/2019			5.460,00

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

FISCHETTI PAOLA

Dott. Commercialista Revisore Conti

N.Mignogna, 2

74123 TARANTO (TA)

Partita IVA: 02180430734 C.F. FSCPLA69E57L049R

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: cinquemilaquattrocentosessanta e xx / 100

PAGAMENTO: Bonifico

BANCA NAZIONALE DEL LAVORO SPA

IBAN: IT42S0100515800000000024146

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n° 20/2019 del 08/07/2019

PAGAMENTO FATTURE N.

20/2019

IMPORTO LORDO	5.460,00
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	5.460,00

**IDENTIFICATIVO
RICHIESTA** 20/1981984

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

Giorgia Fichera Poca



9

Dettagli richiesta effettuata ai sensi dell'art. 48-bis del D.P.R. 602/73

Identificativo Univoco Richiesta: 201900001981984

Codice Fiscale: FSCPLA69E57L049R

Identificativo Pagamento: 1032

Data Inserimento: 09/07/2019 - 11:58

Importo: 5460,00 €

Stato Richiesta: Soggetto non inadempiente

Codice Utente: TAALT0072

Denominazione ente

Pubblica Amministrazione: AZIENDA PER LA MOBILITA' NELL'AREA DI TARANTO S.P.A.

Usl
9/7/19
Conelli

52.62.0010

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 1211116991 Data SDI: 09/07/2019 02:15

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
PAOLA FISCHETTI VIA MIGNOGNA, 2 74123 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT02180430734 Cod. Fiscale: FSCPLA69E57L049R Regime fiscale: RF02 Regime dei contribuenti minimi (art. 1, c. 96-117, L. 244/2007)	AMAT S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

TS16/19
09/07/19

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	20/2019	2019-07-08	EUR 5.460,00
Importo Bollo Virtuale			
2,00			

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PRIMO SEMESTRE 2019	pezzi	1	5.250,00	5.250,00	(N3)

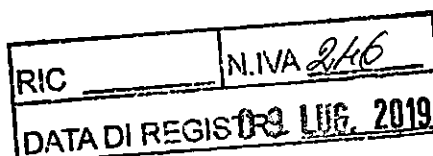
Dati Cassa Previdenziale						
Tipo Cassa	Al. Cassa	Importo Cassa	Imponibile Cassa	Al. IVA	Ritenuta	Natura
Cassa previdenza dottori commercialisti	4,00 %	210,00	5.250,00	0,00 %		N3 (Non Imponibili)

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N3 (Non Imponibili)	0 %	5.460,00	0,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Bonifico		EUR 5.460,00		IT42S0100515800000000024146

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 3nXeA

Versione Style 2.5



GMP Cell SIM2

PAOLA FISCHETTI
DOTTORE COMMERCIALISTA
REVISORE CONTABILE

Taranto, 8 luglio 2019

Spett.le
AMAT S.P.A.
Via Cesare Battisti, 657
74100 Taranto
P.IVA 00146330733

Parcella n. 20/2019

Onorario per funzioni di componente del Collegio Sindacale primo semestre 2019

Onorario	€	5.250,00
----------	---	----------

Totale	€	5.250,00
--------	---	----------

cap 4%	€	210,00
--------	---	--------

Totale fattura	€	5.460,00
-----------------------	----------	-----------------

Operazione non imponibile IVA effettuata ai sensi dell'articolo 1, commi da 54 a 89, della Legge n. 190/2014

Si richiede la non applicazione della ritenuta d'acconto come previsto dall'art.1, comma 67, L. n.190/2014

Imposta di bollo di € 2,00 assolta sull'originale

Dott.ssa Paola Fischetti



Pagamento mediante bonifico sul c/c n. 24146 intestato a Paola Fischetti

presso Agenzia in sede BNL di Taranto via De Cesare 21

Cod. IBAN: IT 42 S 01005 15800 000000024146

Oggetto: POSTA CERTIFICATA: Invio fattura competenze 1 semestre 2019 Componente Collegio Sindacale

Mittente: "Per conto di: paola.fischetti@pec.it" <posta-certificata@pec.aruba.it>

Data: 08/07/2019 20.21

A: "AMAT S.P.A. PEC" <amat@pec.amat.ta.it>

CC: "PEC Direttore Amministrativo AMAT" <direttoreamministrativo@pec.amat.ta.it>

Messaggio di posta certificata

Il giorno 08/07/2019 alle ore 20:21:16 (+0200) il messaggio "Invio fattura competenze 1 semestre 2019 Componente Collegio Sindacale" è stato inviato da "paola.fischetti@pec.it"

indirizzato a:

amat@pec.amat.ta.it direttoreamministrativo@pec.amat.ta.it

Il messaggio originale è incluso in allegato.

Identificativo messaggio: opec292.20190708202116.15905.41.1.67@pec.aruba.it

— postacert.eml —

Oggetto: Invio fattura competenze 1 semestre 2019 Componente Collegio Sindacale

Mittente: <paola.fischetti@pec.it>

Data: 08/07/2019 20.21

A: "AMAT S.P.A. PEC" <amat@pec.amat.ta.it>

CC: "PEC Direttore Amministrativo AMAT" <direttoreamministrativo@pec.amat.ta.it>

Con la presente, invio copia della fattura n.20/2019 trasmessa telematicamente in data odierna.

Cordiali saluti

Dott.ssa Paola Fischetti

Logo AVG

Questa email è stata esaminata alla ricerca di virus dal software antivirus AVG.
www.avg.com

— Allegati: —

dati-cert.xml	914 bytes
postacert.eml	356 kB
F20-2019 AMAT COMPENSO 1 SEMESTRE 2019.pdf	257 kB

5267.0010

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 1211116991 Data SDI: 09/07/2019 02:15

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
PAOLA FISCHETTI VIA MIGNOGNA, 2 74123 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT02180430734 Cod. Fiscale: FSCPLA69E57L049R Regime fiscale: RF02 Regime dei contribuenti minimi (art. 1,c.96-117, L. 244/2007)	AMAT S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	20/2019	2019-07-08	EUR 5.460,00
Importo Bollo Virtuale			
2,00			

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
PRIMO SEMESTRE 2019	pezzi	1	5.250,00	5.250,00	(N3)

Dati Cassa Previdenziale						
Tipo Cassa	Al. Cassa	Importo Cassa	Imponibile Cassa	Al. IVA	Ritenuta	Natura
Cassa previdenza dottori commercialisti	4,00 %	210,00	5.250,00	0,00 %		N3 (Non Imponibili)

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N3 (Non Imponibili)	0 %	5.460,00	0,00

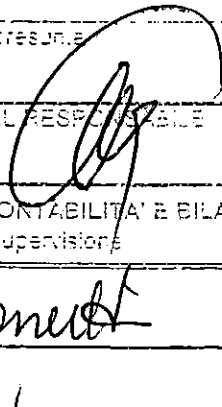
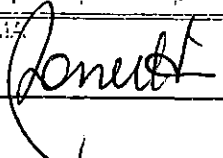
Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo	Bonifico		EUR 5.460,00		IT42S0100515800000000024146

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 3nXeA

Versione Style 2.5



UFFICIO CONTRATTI E ACCORDI verifica condizioni, stato e consumi	
Contr. Rep. n. _____	de _____
Contr. n. _____	de _____
Delib. G.A. n. _____	de _____
Data scadenza pagamento _____	
DATA _____	L'ADDETTO AL RISCONTRO _____
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA _____	FIRMA _____

UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili	
Data scadenza pagamento indicata in fattura _____	
Data scadenza di pagamento presunta _____	
DATA 09 LUG 2019	FIRMA DEL RESPONSABILE 
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA 09-07-2019	FIRMA 

IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici	
Data scadenza pagamento _____	
DATA _____	FIRMA _____

UNITA' AA.GG. E PP.RR. verifica conferimento bilancio	
Conferimento da _____	
IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.	
DATA _____	FIRMA _____

UFFICIO PERSONALE verifica stato di attuazione del piano di lavoro	
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. _____	de _____
Delib. G.A. n. _____	de _____
Delib. G.A. n. _____	de _____
Delib. G.A. n. _____	de _____
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