

K

10/10/24

KYMA MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 694

WIND TEE SPA

"UTENZA"

KYMA MOBILITÀ

KYMA MOBILITÀ S.p.A.

Sede legale ed amministrativa: 74121 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 |
|----------|-----------|---------------|------------|-----------|-----------|--------------------|
| | 2024 | 494 | 07/03/2024 | | | 94,79 |

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

WIND TRE S.p.A.

LARGO METROPOLITANA 5

20017 RHO (MI)

Partita IVA: 13378520152 C.F. 02517580920

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: novantaquattro e 79 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

UNICREDIT SPA

IBAN: IT54B0200805351000004968848

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 2024F000133133 del 21/01/2024

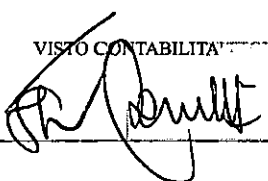
PAGAMENTO FATTURE N.

2024F000133133

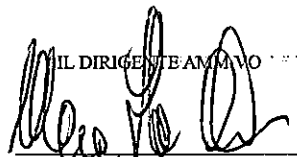
| | |
|-----------------|-------|
| IMPORTO LORDO | 94,79 |
| TOTALE RITENUTE | 0,00 |
| IMPORTO | 94,79 |

| | | CASSA | CASSA |
|---------------------------------------|-------------------------|-------|-------|
| RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA | IMPORTO LORDO | 94,79 | |
| | PREVISIONE | | |
| | PROG. ORDINATIVI EMESSI | | |
| ESTREMI DELIBERA | DISPONIBILITA' | | |

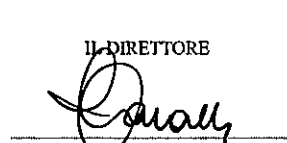
VISTO CONTABILITÀ



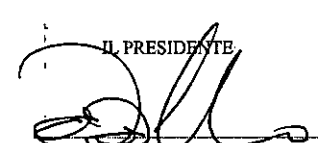
IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO



IL DIRETTORE



IL PRESIDENTE



FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 11348329126 Data SDI: 23/01/2024 18:38

Formato Trasmissione: FPR12

| Mittente | Destinatario |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wind Tre S.p.A. Largo Metropolitana, 5 20017 - Rho - MI - IT P.IVA: IT13378520152 Cod. Fiscale: 02517580920 Regime fiscale: RF08 Gestione di servizi di telefonia pubblica (art. 74, c.1, D.P.R. 633/1972) | KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA VIA CESARE BATTISTI, - 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T |

| Dati Fattura | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|----------------|
| Natura Documento | Numero | Data | Importo Totale |
| Fattura | 2024F000133133 | 2024-01-21 | EUR 114,59 |
| Causale | | | |
| Wind Tre S.p.A. con Socio Unico - Direzione e Coordinamento CK Hutchison Group Telecom Italy Investments S.à r.l. | | | |

| Dati ordine acquisto |
|----------------------|
| |

| Dati DDT |
|----------|
| |

| Dettaglio linee Fattura | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|------------|------|
| Descrizione | Q.tà | Pr. Unitario | Pr. Totale | IVA |
| Canone Office PLUS Analogica dal 01/11/2023 al 31/12/2023 | 1 | 20,00 | 20,00 | 22 % |
| Canone Office PLUS 200 dal 01/11/2023 al 31/12/2023 | 1 | 50,00 | 50,00 | 22 % |
| Canone Secure Web dal 01/11/2023 al 31/12/2023 | 1 | 10,00 | 10,00 | 22 % |
| Contributo Attivazione Office PLUS 200 Rata 23 di 24 | 1 | 5,00 | 5,00 | 22 % |
| Contributo Attivazione Office PLUS 200 Rata 24 di 24 | 1 | 5,00 | 5,00 | 22 % |
| Penale per ritardato pagamento pari a 5% della fattura n. 2023F001441689 del 21/09/2023 | 1 | 4,79 | 4,79 | (N1) |

| Dati Riepilogo | | | |
|----------------------------------------------------------------|---------|------------|---------|
| Natura/Esigibilità IVA | Al. IVA | Imponibile | Imposta |
| S (scissione dei pagamenti) IVA 22% art. 17-ter DPR 633/1972 | 22 % | 90,00 | 19,80 |
| N1 (Escluse ex. art. 15) Operazioni Escluse Art.15, DPR 633/72 | 0 % | 4,79 | 0,00 |

| Dati pagamento |
|----------------|
| |

| Condizioni Pagamento | Modalità | Data Scadenza | Importo | Istituto | IBAN |
|----------------------|----------|---------------|-----------|----------|-----------------------------|
| Pagamento completo | | | | | |
| | Bonifico | 2024-02-20 | EUR 94,79 | | IT54B0200805351000004968848 |

Dati Trasmittente: IT04839740489 - Progressivo Invio: 0014AC8FAF

Versione Style 2.10.1

FIRU 21998

| | |
|-------------------------------|-----------|
| PNC | N.IVA 168 |
| DATA DI REGISTR. 24 GEN. 2024 | |

FATTURAELETTRONICA

Id SDI: 11348329126 Data SDI: 23/01/2024 18:38

Formato Trasmissione: FPR12

| Mittente | Destinatario |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wind Tre S.p.A. Largo Metropolitana, 5 20017 - Rho - MI - IT P.IVA: IT13378520152 Cod. Fiscale: 02517580920 Regime fiscale: RF08 Gestione di servizi di telefonia pubblica (art. 74, c.1, D.P.R. 633/1972) | KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA VIA CESARE BATTISTI, - 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T |

Dati Fattura

| Natura Documento | Numero | Data | Importo Totale |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|----------------|
| Fattura | 2024F000133133 | 2024-01-21 | EUR 114,59 |
| Causale | | | |
| Wind Tre S.p.A. con Socio Unico - Direzione e Coordinamento CK Hutchison Group Telecom Italy Investments S.à r.l. | | | |

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

| Descrizione | Q.tà | Pr. Unitario | Pr. Totale | IVA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|------------|------|
| Canone Office PLUS Analogica dal 01/11/2023 al 31/12/2023 | 1 | 20,00 | 20,00 | 22 % |
| Canone Office PLUS 200 dal 01/11/2023 al 31/12/2023 | 1 | 50,00 | 50,00 | 22 % |
| Canone Secure Web dal 01/11/2023 al 31/12/2023 | 1 | 10,00 | 10,00 | 22 % |
| Contributo Attivazione Office PLUS 200 Rata 23 di 24 | 1 | 5,00 | 5,00 | 22 % |
| Contributo Attivazione Office PLUS 200 Rata 24 di 24 | 1 | 5,00 | 5,00 | 22 % |
| Penale per ritardato pagamento pari a 5% della fattura n. 2023F001441689 del 21/09/2023 | 1 | 4,79 | 4,79 | (N1) |

Dati Riepilogo

| Natura/Esigibilità IVA | Al. IVA | Imponibile | Imposta |
|----------------------------------------------------------------|---------|------------|---------|
| S (scissione dei pagamenti) IVA 22% art. 17-ter DPR.633/1972 | 22 % | 90,00 | 19,80 |
| N1 (Escluse ex. art. 15):Operazioni Escluse Art.15, DPR 633/72 | 0 % | 4,79 | 0,00 |

Dati pagamento

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 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. _____ del _____ Data scadenza pagamento _____ | |
| DATA _____ | L'ADDETTO AL RISCONTRO _____ |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione | |
| 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 RAGIONERIA verifica dati contabili | |
| data scadenza pagamento indicata in fattura _____ | |
| data scadenza di pagamento presunta _____ | |
| DATA _____ | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO 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 _____ |

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

| | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------|
| UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori | |
| Data scadenza pagamento _____ | |
| DATA _____ | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |
| IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione | |
| DATA _____ | FIRMA DEL RESPONSABILE _____ |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|
| UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico | |
| Conferimento del..... Prot..... | |
| IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR. | |
| DATA _____ | FIRMA _____ |

NOTE:



| Condizioni Pagamento | Modalità | Data Scadenza | Importo | Istituto | IBAN |
|----------------------|----------|---------------|-----------|----------|-----------------------------|
| Pagamento completo | | | | | |
| | Bonifico | 2024-02-20 | EUR 94,79 | | IT54B0200805351000004968848 |

Dati Trasmittente: IT04839740489 - Progressivo Invio: 0014AC8FAF

Versione Style 2.10.1


FTRV 2199

| | |
|-------------------------------|-----------|
| PNC | N.IVA 163 |
| DATA DI REGISTR. 24 GEN. 2024 | |

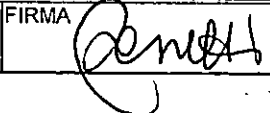
KYMA

MOBILITÀ

VISTI

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. <u>AJ.24 SR</u> del _____ | |
| Data scadenza pagamento <u>20-2-24</u> | |
| DATA <u>30/1/24</u> | L'ADDETTO AL RICOENTRO |
| IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione | |
| DATA <u>06 FEB. 2024</u> | 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 RAGIONERIA verifica dati contabili | |
| data scadenza pagamento indicata in fattura | |
| data scadenza di pagamento presunta | |
| DATA <u>24 GEN 2024</u> | FIRMA DEL RESPONSABILE <u>10/03/24</u> |
| IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione | |
| DATA <u>07-03-2024</u> | FIRMA  |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali | |
| Contr. Rep. 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 |

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

| | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------|
| UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori | |
| Data scadenza pagamento | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |
| IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione | |
| DATA | FIRMA DEL RESPONSABILE |

| | |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| UNITA' AA.GG. E PP.RR Verifica conferimento incarico | |
| Conferimento del..... Prot..... | |
| IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR. | |
| DATA | FIRMA |

NOTE:

