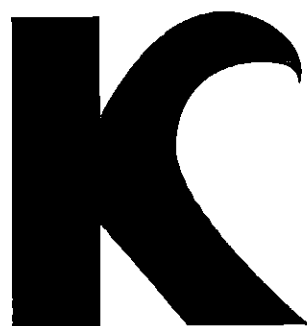


T831/24



KYMA
MOBILITÀ

ESERCIZIO 20 24

ORDINATIVO DI PAGAMENTO

N. 2317

RETE FERROVIARIA ITALIANA SPA

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

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
	2024	2.317	04/11/2024			810,91

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

RETE FERROVIARIA ITALIANA S.p.A.

CORSO ITALIA, 23

70123 BARI (BA)

Partita IVA: 01008081000 C.F. 01585570581

CC 13.07.0001;

DICONSI EURO: ottocentodieci e 91 / 100

PAGAMENTO: Bonifico

POSTE ITALIANE SPA

IBAN: IT9310760103200000026846873

CAUSALE DEL PAGAMENTO

Doc. n. 8131006874 del 31/08/2024

PAGAMENTO FATTURE N.

8131006873 CIG ZE73557FFE, 8131006875 CIG ZE73557FFE,
8131006874 CIG ZE73557FFE

IMPORTO LORDO	810,91
TOTALE RITENUTE	0,00
IMPORTO	810,91

		CASSA	CASSA
RISULTANZE DELLA GESTIONE DI CASSA	IMPORTO LORDO	810,91	
	PREVISIONE		
	PROG. ORDINATIVI EMESSI		
ESTREMI DELIBERA			
	DISPONIBILITA'		

VISTO CONTABILITA'

IL DIRIGENTE AMM.VO

IL DIRETTORE

IL PRESIDENTE

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 12851573819 Data SDI: 01/09/2024 23:11

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131006873 ✓	2024-08-31	EUR 229,55 ✓
Importo Bollo Virtuale			
2,00			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

ZB73557FTE

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
MEDICINA DEL LAVORO: PREST. SANIT.ESENTI	NR	1	227,55	227,55	(N4)
Bollo		1	2,00	2,00	(N1)

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000354120					

60.03 0008

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	227,55	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) IVA Vendite Esclusione art.15 DPR 633/72	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Carta di Pagamento	2024-10-30	EUR 229,55		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 5vRAy

Versione Style 2.10.1

PNC _____	N.IVA <u>269</u>
DATA DI REGISTR. <u>02 SET. 2024</u>	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:12851573819 Data SDI: 01/09/2024 23:11

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131006873	2024-08-31	EUR 229,55
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto

Dati DDT
ZB73557FRE

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
MEDICINA DEL LAVORO: PREST. SANIT.ESENTI	NR	1	227,55	227,55	(N4)
Bollo		1	2,00	2,00	(N1)

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000354120					
60.00 0008						

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	227,55	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) IVA Vendite Esclusione art.15 DPR 633/72	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					

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 <u>10/10/2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>

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

NOTE:

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 _____



Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Carta di Pagamento	2024-10-30	EUR 229,55		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 5VRAy

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 269
DATA DI REGISTR. 02 SET. 2024	

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. <u>Art. 24 SL</u> del _____	
Data scadenza pagamento <u>30-10-24</u>	
DATA <u>11/10/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO _____
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione	
DATA <u>11.11.2024</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 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 RAGIONERIA verifica dati contabili	
data scadenza pagamento indicata in fattura _____	
data scadenza di pagamento presunta _____	
DATA <u>02 SET. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione	
DATA <u>04-11-2024</u>	FIRMA _____

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:



Direzione Sanità
 Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari
 C.so Italia, 138 St.Int.FS 21A
 70123BARI

Pre - fattura interna	24-00935
del	31/08/2024

Cliente

Codice SAP 7100000881		Codice Ente BAE0040	GG.scadenza: 60 giorni data fattura	
Ragione Sociale	KYMA MOBILITA' S.p.A.			
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657			
CAP - Città	74100		TARANTO (TA)	
Codice Fiscale			Partita Iva 00146330733	Convenzione BAE0040F07

Intestatario fattura

Ragione Sociale	AZIENDA MOBILITA'AREA DI TA SPA		
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657		
CAP - Città	74100	TARANTO (TA)	
Codice Fiscale	Partita Iva		00146330733
Ordine Interno SAP	10015025	Business	LA - Medicina del LAVORO
Codice Materiale	S4030	Aliquota IVA 0 %	
Ordine di Vendita	0000354120	del	31/08/2024
Fattura	8131006873	del	31/08/2024
Documento di pareggio	del		

Importo

IMPONIBILE	227,55
I.V.A. 0%	0,00
TOTALE GENERALE	227,55

Verificato
10/10/24
guile



GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari

Documento Contabile Interno	24-00935
Data documento	31/08/2024

RIEPILOGO PRESTAZIONI FORNITE

Cliente

Ragione Sociale:	KYMA MOBILITA' S.p.A.
Codice:	BAE0040
Sap:	7100000881

Nominativo	Codice Fiscale	Data Nascita	Data Visita	Teriffario	Tot Importo
TOPOLINO GIUSEPPE LUIGI	TPLGPP72H22F842D	22/06/1972	02/08/2024	RM062	227,55
Tipo Visita : RMLA34 - ACCERTAMENTI SANITARI PER ALCOL E STUPEFACENTI					



RIEPILOGO PRESTAZIONI PER TIPO VISITA

Tipo visita	Costo unitario	Numero	Importo
RMLA34 - ACCERTAMENTI SANITARI PER ALCOL E STUPEFACENTI	227,55	1	227,55
Totale Importo			227,55

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 12851364099 Data SDI: 01/09/2024 19:48

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131006875	2024-08-31	EUR 501,36
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura					
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
MEDICINA LEGALE: PREST.SANITARIE ESENTI	NR	1	499,36	499,36	(N4)
Bollo		1	2,00	2,00	(N1)

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000354122					

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	499,36	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) IVA Vendite Esclusione art.15 DPR 633/72	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
	Carta di Pagamento	2024-10-30	EUR 501,36		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 5VRrB

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 240
DATA DI REGISTR. 02 SET. 2024	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI:12851364099 Data SDI: 01/09/2024 19:48

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura

Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131006875	2024-08-31	EUR 501,36
Importo Bollo Virtuale			
2.00			

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura

Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
MEDICINA LEGALE: PREST.SANITARIE ESENTI	NR	1	499,36	499,36	(N4)
Bollo		1	2,00	2,00	(N1)

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000354122					

Dati Riepilogò

Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
N4 (Esenti) IVA Ven. esente art.10 altro DPR 633/72	0 %	499,36	0,00
N1 (Escluse ex. art. 15) IVA Vendite Esclusione art.15 DPR 633/72	0 %	2,00	0,00

Dati pagamento

Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					

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 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 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 _____

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
	Carta di Pagamento	2024-10-30	EUR 501,36		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 5VRrB

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 270
DATA DI REGISTR. 02 SET. 2024	

KYMA

MOBILITÀ

V I S T I

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO CONTRATTI E ACQUISTI verifica condizione, ordine e contratto</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conv. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Determ. A.D. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. <u>An. 24 SHV</u> del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento <u>30-10-24</u></td> </tr> <tr> <td>DATA <u>11/10/24</u></td> <td>L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u></td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA <u>11 Uil. 2024</u></td> <td>FIRMA <u>[Firma]</u></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili</th> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza pagamento indicata in fattura _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">data scadenza di pagamento presunta _____</td> </tr> <tr> <td>DATA <u>02 SET. 2024</u></td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u></td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA <u>02-11-2024</u></td> <td>FIRMA <u>[Firma]</u></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO AREA INFORMATICA E STATISTICA verifica dati tecnici</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UNITA' AA.GG. E PP.RR. Verifica conferimento incarico</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Conferimento del..... Prot.....</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL CAPO UNITA' AA.GG. E PP.RR.</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA _____</td> </tr> </table>	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>An. 24 SHV</u> del _____		Data scadenza pagamento <u>30-10-24</u>		DATA <u>11/10/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u>	IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione		DATA <u>11 Uil. 2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>	UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili		data scadenza pagamento indicata in fattura _____		data scadenza di pagamento presunta _____		DATA <u>02 SET. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>	IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione		DATA <u>02-11-2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>	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 _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA <u>10/10/2024</u></td> <td>FIRMA <u>[Firma]</u></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO MAGAZZINO verifica quantità, documenti e condizioni contrattuali</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Contr. Rep. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Delib. C.A. n. _____ del _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESP. UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Data scadenza pagamento _____</td> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione</th> </tr> <tr> <td>DATA _____</td> <td>FIRMA DEL RESPONSABILE _____</td> </tr> </table> NOTE: _____ _____ _____ _____ _____	UFFICIO PERSONALE verifica visite di accertamento sanitario del personale		Data scadenza pagamento _____		DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____	IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione		DATA <u>10/10/2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>	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 _____	UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori		Data scadenza pagamento _____		DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____	IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione		DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____
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>An. 24 SHV</u> del _____																																																																																	
Data scadenza pagamento <u>30-10-24</u>																																																																																	
DATA <u>11/10/24</u>	L'ADDETTO AL RISCONTRO <u>[Firma]</u>																																																																																
IL RESP. UNITA' CONTRATTI per supervisione																																																																																	
DATA <u>11 Uil. 2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>																																																																																
UFFICIO RAGIONERIA verifica dati contabili																																																																																	
data scadenza pagamento indicata in fattura _____																																																																																	
data scadenza di pagamento presunta _____																																																																																	
DATA <u>02 SET. 2024</u>	FIRMA DEL RESPONSABILE <u>[Firma]</u>																																																																																
IL RESP. UNITA' CONTABILITA' E BILANCIO per supervisione																																																																																	
DATA <u>02-11-2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>																																																																																
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 _____																																																																																
IL RESP. UNITA' PERSONALE per supervisione																																																																																	
DATA <u>10/10/2024</u>	FIRMA <u>[Firma]</u>																																																																																
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 _____																																																																																
UFFICIO TECNICO verifica perfetta esecuzione lavori																																																																																	
Data scadenza pagamento _____																																																																																	
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																																																																																
IL RESPONSABILE UNITA' TECNICA per supervisione																																																																																	
DATA _____	FIRMA DEL RESPONSABILE _____																																																																																



Direzione Sanità
 Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari
 C.so Italia, 138 St.Int.FS 21A
 70123BARI

Pre - fattura interna **24-00937**
 del **31/08/2024**

Cliente

Codice SAP 7100000881	Codice Ente BAE0040	GG.scadenza: 60 giorni data fattura
Ragione Sociale	KYMA MOBILITA' S.p.A.	
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657	
CAP - Città	74100 TARANTO (TA)	
Codice Fiscale	Partita Iva 00146330733	Convenzione BAE0040F07

Intestatario fattura

Ragione Sociale	AZIENDA MOBILITA'AREA DI TA SPA	
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657	
CAP - Città	74100 TARANTO (TA)	
Codice Fiscale	Partita Iva	00146330733
Ordine Interno SAP	10015024	Business LE - Medicina LEGALE
Codice Materiale	S4010	Aliquota IVA 0 %
Ordine di Vendita	0000354122	del 31/08/2024
Fattura	8131006875	del 31/08/2024
Documento di pareggio		del

Importo

IMPONIBILE	499,36
I.V.A. 0%	0,00
TOTALE GENERALE	499,36

Verificato
due Qs
10/10/24



GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari

Documento Contabile Interno 24-00937
Data documento 31/08/2024

RIEPILOGO PRESTAZIONI FORNITE

Cliente

Ragione Sociale: KYMA MOBILITA' S.p.A.
Codice: BAE0040
Sap: 7100000881

Nominativo	Codice Fiscale	Data Nascita	Data Visita	Tariffario	Tot Importo
DE VITTORIA ANGELO	DVTNGL71M12L049E	12/08/1971	02/08/2024	RM062	170,67
Tipo Visita : RMLE11 - VIS. MED. IDONEITA' (D.M.88/99 - Allegato A pt 4, 6) - (Non valido ai fini revisionali)					
TOPOLINO GIUSEPPE LUIGI	TPLGPP72H22F842D	22/06/1972	02/08/2024	RM062	328,69
Tipo Visita : RMLE09 - VIS. MED. REVISIONE ESERCIZIO (D.M.88/99 - Allegato A pt 3, 6)					

RIEPILOGO PRESTAZIONI PER TIPO VISITA

Tipo visita	Costo unitario	Numero	Importo
RMLE09 - VIS. MED. REVISIONE ESERCIZIO (D.M.88/99 - ALLEGATO A PT 3, 6)	328,69	1	328,69
RMLE11 - VIS. MED. IDONEITA' (D.M.88/99 - ALLEGATO A PT 4, 6) - (NON VALIDO AI FINI REVISIONALI)	170,67	1	170,67
Totale Importo			499,36

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 12851361172 Data SDI: 01/09/2024 19:48

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131006874 ✓	2024-08-31	EUR 97,60 ✓

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura						
Descrizione	U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA	
GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLA PRATICA	NR	1	80,00	80,00	22 %	

Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto	CUP	CIG
	0000354121					

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA Ven. 22% art 17ter 1-bis DPR 633/72-Sciss.Pag.	22 %	80,00	17,60

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Carta di Pagamento	2024-10-30	EUR 80,00		IT9310760103200000026846873 ✓

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 5VRfF

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 2190
DATA DI REGISTR. 02 SET. 2024	

FATTURA ELETTRONICA

Id SDI: 12851361172 Data SDI: 01/09/2024 19:48

Formato Trasmissione: FPR12

Mittente	Destinatario
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.P.A. - SOCIETA' CON SOCIO UNICO Piazza della Croce Rossa, 1 00161 - ROMA - RM - IT P.IVA: IT01008081000 Cod. Fiscale: 01585570581 Regime fiscale: RF01 (Regime ordinario)	KYMA MOBILITA' S.P.A. VIA CESARE BATTISTI, 657 74121 - TARANTO - TA - IT P.IVA: IT00146330733 Cod. Fiscale: 00146330733 Codice Ufficio: 5WKJP7T

Dati Fattura			
Natura Documento	Numero	Data	Importo Totale
Fattura	8131006874	2024-08-31	EUR 97,60

Dati ordine acquisto

Dati DDT

Dettaglio linee Fattura							
Descrizione			U.M.	Q.tà	Pr. Unitario	Pr. Totale	IVA
GESTIONE AMMINISTRATIVA DELLA PRATICA			NR	1	80,00	80,00	22 %
Linea	Id Documento	Data	Num Item	Dati Contratto		CUP	CIG
	0000354121						

Dati Riepilogo			
Natura/Esigibilità IVA	Al. IVA	Imponibile	Imposta
S (scissione dei pagamenti) IVA Ven. 22% art 17ter 1-bis DPR 633/72-Sciss.Pag.	22 %	80,00	17,60

Dati pagamento					
Condizioni Pagamento	Modalità	Data Scadenza	Importo	Istituto	IBAN
Pagamento completo					
	Carta di Pagamento	2024-10-30	EUR 80,00		IT9310760103200000026846873

Dati Trasmittente: IT02098391200 - Progressivo Invio: 5VRtF

Versione Style 2.10.1

PNC	N.IVA 2190
DATA DI REGISTR. 02 SET. 2024	

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 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

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
IL RESP. UNITA' PERSONALE 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

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

NOTE:



Direzione Sanità
Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari
C.so Italia, 138 St.Int.FS 21A
70123BARI

Pre - fattura interna	24-00936
del	31/08/2024

Cliente

Codice SAP 7100000881	Codice Ente BAE0040	GG.scadenza: 60 giorni data fattura
Ragione Sociale	KYMA MOBILITA' S.p.A.	
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657	
CAP - Città	74100 TARANTO (TA)	
Codice Fiscale	Partita Iva 00146330733	Convenzione BAE0040F07

Intestatario fattura

Ragione Sociale	AZIENDA MOBILITA'AREA DI TA SPA	
Indirizzo	VIA C.BATTISTI,657	
CAP - Città	74100 TARANTO (TA)	
Codice Fiscale	Partita Iva	00146330733
Ordine Interno SAP	10015026	Business LE - Medicina LEGALE
Codice Materiale	S4040	Aliquota IVA 22 %
Ordine di Vendita	0000354121	del 31/08/2024
Fattura	8131006874	del 31/08/2024
Documento di pareggio		del

Importo

IMPONIBILE	80,00
I.V.A. 22%	17,60
TOTALE GENERALE	97,60

Verificato
10/10/24
duille



GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

Unità Sanitaria Territoriale Napoli - Bari, Presidio di Bari

Documento Contabile Interno	24-00936
Data documento	31/08/2024

RIEPILOGO PRESTAZIONI FORNITE

Cliente

Ragione Sociale:	KYMA MOBILITA' S.p.A.
Codice:	BAE0040
Sap:	7100000881

Nominativo	Codice Fiscale	Data Nascita	Data Visita	Tariffario	Tot Importo
DE VITTORIA ANGELO	DVTNGL71M12L049E	12/08/1971	02/08/2024	RM062	40,00
Tipo Visita : RMF218 - GESTIONE AMMINISTRATIVA PRATICA LE					
TOPOLINO GIUSEPPE LUIGI	TPLGPP72H22F842D	22/06/1972	02/08/2024	RM062	40,00
Tipo Visita : RMF218 - GESTIONE AMMINISTRATIVA PRATICA LE					

RIEPILOGO PRESTAZIONI PER TIPO VISITA

Tipo visita	Costo unitario	Numero	Importo
RMF218 - GESTIONE AMMINISTRATIVA PRATICA LE	40,00	2	80,00
Totale Importo			80,00