

Prot. n. 16958 DA 06/10/15

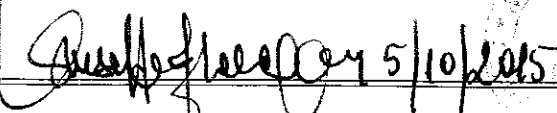
Proposta N <u>114</u> Area VII^ Data <u>08/09/2015</u>		
--	---	--

COMUNE DI CAPACI

PROVINCIA DI PALERMO

AREA VII^

Originale di Determinazione dirigenziale

N° <u>520</u> del Reg. Data <u>06-10-2015</u>	OGGETTO	LIQUIDAZIONE ALLA DITTA MEDICAIR SUD S.R.L. FATT. N. 0404847 RELATIVA A FORNITURA DI GIUGNO 2015. GIG: Z84135FD76.
Parte Riservata all'Area II Bilancio 2015		NOTE
ATTO n. _____ Titolo 1 Funzione 12 Servizio 05 Intervento 2 Capitolo 11830		IHP. 15/228.3 PL. 15/2414
Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria		
IL RESPONSABILE DELL'AREA II  5/10/2015		

L'anno duemilaquindici il giorno _____ del mese di _____ alle ore _____ nella sala delle adunanze del Comune di Capaci il Responsabile di Area, analizza la seguente proposta ai fini dell'assunzione delle determinazioni di competenza:

Il Responsabile del procedimento di cui all'art. 5 della l.r. 30/4/1991 n° 10, ai sensi dell'art. 2 della medesima legge, propone l'adozione della presente proposta di determinazione avente ad oggetto: "Liquidazione alla Ditta Medicaire Sud S.r.l. fattura n. 0404847, relativa a fornitura Giugno 2015, CIG: Z84135FD76;"

Richiamata la Determinazione del Responsabile Area VII^ n. 122 del 12.03.2015, avente per oggetto "Impegno spesa per acquisto di Ossigeno Terapeutico – anno 2015 – per le forniture della Farmacia Comunale - Ditta Medicaire Sud S.r.l. CIG: Z84135FD76";

Vista la fattura n. 0404847 del 30.06.2015 di € 255,21 oltre I.V.A. di € 10,21, relativa alla fornitura di ossigeno liquido e gassoso per la Farmacia Comunale per il mese di Giugno 2015;

Preso Atto del certificato Durc valido della Ditta Medicaire Sud S.r.l. e della dichiarazione ai sensi della legge 136/2012;

Visto che la merce è stata regolarmente fornita e presa in carico dalla Farmacia Comunale, come da presente attestazione apposta dal farmacista comunale sulle fatture fiscali della ditta creditrice;

Considerato che trattasi di fornitura di beni/servizi che sono utilizzati per fini istituzionali;

Visto il regolamento di contabilità;

Visto l'art. 184 del Decreto Legislativo 267/2000;

Visto il D.P.R. 633/1972 art.17 -ter;

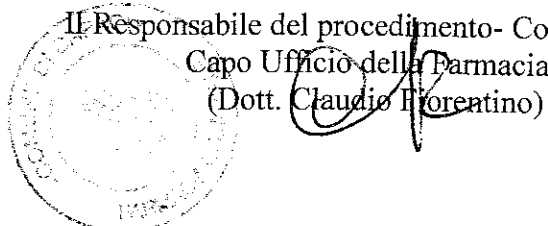
Visto il vigente O.R.EE.LL. in Sicilia;

PROPONE DI DETERMINARE

Per quanto sopra esposto:

- 1) **Liquidare e pagare** alla Ditta Medicaire Sud S.r.l., per fornitura di ossigeno liquido e gassoso alla Farmacia Comunale nel mese di Giugno 2015, mediante accreditamento presso Credito Valtellinese – Ag. RHO – cod. IBAN IT33X052162050000000003100, la seguente fattura n° 0404847 del 30/06/2015 per un totale complessivo di € 255,21 al netto di IVA;
- 2) **Versare** a norma dell'art.17-ter del D.P.R. 633/1972, la quota IVA di € 10,21 relativa alla suddetta fattura; (IVA Commerciale)
- 3) **Imputare** sul Codice 1.12.05.02 Capitolo 11830 del Bilancio 2015 la complessiva spesa di € 265,42, giusto impegno 15/228.3 assunto con Determinazione del Responsabile Area VII^, Raccolta Generale n 122 del 12/03/2015.

Il Responsabile del procedimento- Contabilità
Capo Ufficio della Farmacia
(Dott. Claudio Fiorentino)



FATTURA ELETTRONICA - VERSIONE 1.1

Trasmissione nr. S100010R6Q

Da: IT04513160962 a: UF7FCU

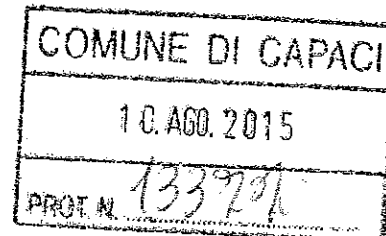
Formato: SDI11

Mittente: MEDICAIR SUD SRL
 Partita IVA: IT07249130969
 Regime fiscale: Ordinario
 Sede: VIA T. TASSO, 29 - 20010 - POGLIANO MILANESE (MI)
 IT

Cessionario/committente: FARM.COMUNALE DI CAPACI
 Codice Fiscale: 80019740820
 Sede: VIA VITTORIO EMANULE 151/153 - 90040 - CAPACI (PA) IT

Iscrizione nel registro delle imprese
 Provincia Ufficio Registro Imprese: MI
 Numero di iscrizione: 1946799
 Capitale sociale: 90000.00
 Stato di liquidazione: non in liquidazione

Recapiti:
 Telefono: 0293282391
 Fax: 0293255176
 E-mail: fatturazioneepa@medicair.it



VII

FATTURA NR. O404847 DEL 30/06/2015 (ART. 73 DPR 633/72)

Importo totale documento:
 Importo da pagare :
 Causale: FATTURA DI VENDITA

265,42 (EUR)
 255,21 (EUR)

ISTO PER MERCE COMPORIME PER QUALI E QUANTITA A QUANTO RICHIESTO

Riassunto dettagli fattura

Dettaglio doc.	Descrizione	Quantità	Unità misura	Valore unitario (EUR)	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA	Altri dati gestionali
1	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicaire gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONNA VITO
2	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicaire gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 599574 COSTA GIUSEPPE
3	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicaire gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONNA VITO

Dati generali

Tipologia	Documento	Data	CIG
Ordine d'acquisto	NO ORDINE	01/01/2015	

Documento di trasporto (DDT)

Numero DDT	Data DDT	Numero linea di fattura
0042571	12/06/2015	1
0042644	17/06/2015	2
0042820	29/06/2015	3

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

IVA	Spese acc. (EUR)	Arr. (EUR)	Impon./Importo (EUR)	Imposta (EUR)	Esigibilità
4.00%	0.00	0.00	255.21	10.21	Scissione dei

13374
10/8/2015

amento
amento completo

Modalità	Importo (EUR)	Beneficiario	IBAN	Sconto pag. anticipato (EUR)	Penale (EUR)
Contanti	255,21	Medicair Sud S.r.l.	IT33X052162050000 0000003100	0,00	0,00

Allegati

Nome	Formato
FA0082015O404847.pdf	.PDF

~~VII~~

IL RESPONSABILE DI AREA

Vista la superiore proposta di determinazione ritenuta conforme sotto il profilo tecnico alle norme di legge e alle norme interne

DETERMINA

Di approvare la superiore proposta di determinazione.



Il Funzionario Responsabile Area VII^F.F.
(Dott. Claudio Fiorentino)

**Il Responsabile di Area
(Dott. Giuseppe Barone)**

Copia conforme all'originale, in carta libera, per uso amministrativo

Dal Municipio _____

**IL RESPONSABILE AREA VII^
(Dott. Giuseppe Barone)**

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

N. Reg. pubbl. _____

Certifico io sottoscritto Segretario Generale su conforme dichiarazione del Responsabile Albo Pretorio, che copia del presente verbale viene pubblicato il giorno _____ all'Albo Pretorio ove rimarrà esposta per 15 giorni consecutivi.

Il Responsabile Albo Pretorio

**IL SEGRETARIO GENERALE
(D.ssa Antonella Spataro)**
