

# FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01641790702**  
 Progressivo di invio: **PEIVI**  
 Formato Trasmissione: **FPA12**  
 Codice Amministrazione destinataria: **ELW6AR**  
 Telefono del trasmittente: **0874-60561**

## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01232710861**  
 Codice fiscale: **01232710861**  
 Denominazione: **SOL.MED. SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE**  
 Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

### Dati della sede

Indirizzo: **VIA MENDOZA, 16**  
 CAP: **94015**  
 Comune: **PIAZZA ARMERINA**  
 Provincia: **EN**  
 Nazione: **IT**

## Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **EN**  
 Numero di iscrizione: **EN - 70237**  
 Capitale sociale: **1200.00**  
 Numero soci: **SM** (più soci)  
 Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT00052420866**  
 Codice Fiscale: **00052420866**  
 Denominazione: **Comune di Assoro - Ufficio Attività Produttive Servizi Sociali e Culturali**

### Dati della sede

Indirizzo: **Via Crisa, 280**  
 CAP: **94010**  
 Comune: **Assoro**  
 Provincia: **EN**  
 Nazione: **IT**

## Dati del terzo intermediario soggetto emittente

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01641790702**  
 Codice Fiscale: **01641790702**  
 Denominazione: **TEAMSYSTEM SERVICE SRL**

## Soggetto emittente la fattura

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

Versione prodotta con foglio di stile SdI [www.fatturapa.gov.it](http://www.fatturapa.gov.it)

Versione FPA12

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2024-05-08** (08 Maggio 2024)  
Numero documento: **20/PA**  
Importo totale documento: **213422.00**

## Dati della convenzione

Identificativo convenzione: **G.M. N. 63**  
Data convenzione: **2023-06-27** (27 Giugno 2023)

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

### *Nr. linea: 1*

Descrizione bene/servizio: **Attivita' di Accoglienza MSNA di C/da Pirito snc ASSORO e di via Martiri delle Miniere 12 4° trimestre 2023 Comune di Assoro . 2398 GIORNATE DI ACCOGLIENZA**  
Quantità: **1.00**  
Valore unitario: **203259.048**  
Valore totale: **203259.05**  
IVA (%): **5.00**

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **5.00**  
Totale imponibile/importo: **203259.05**  
Totale imposta: **10162.95**  
Esigibilità IVA: **S** (scissione dei pagamenti)  
Riferimento normativo: **Aliq.5% con scissione pagamenti**

## Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

### *Dettaglio pagamento*

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2024-05-08** (08 Maggio 2024)  
Importo: **203259.05**  
Istituto finanziario: **BANCA INTESA SAN PAOLO**  
Codice IBAN: **IT76N0306916801100000016519**

## Dati relativi agli allegati

Nome dell'allegato: **Fattura.pdf**  
Formato: **PDF**  
Descrizione: **Copia di cortesia**

Versione prodotta con foglio di stile Sdi [www.fatturapa.gov.it](http://www.fatturapa.gov.it)

Home

Postazione di Lavoro

Conversazioni

Totali

Bilancio

Documenti

 Reversali Mandati Provvisori Entrata Provvisori Uscita Totali Ricerca Immagini Documenti Ricerca Immagini Bil/Del/Altro

Elenchi di Pagamento

Servizi Dispositivi

Concordanza BankIT

Stampe Online

Firma Digitale

## Provvisori Entrata

[Indietro](#)**Dettaglio:****Provvisorio 562****Conto: 100 CONTO ORDINARIO****Stato:**Anagrafica  
PREFETTO DI ENNA

Codice fiscale/P.IVA

Indirizzo

CAP

Localita`

Importo provvisorio  
213.422,00Importo da regolarizzare  
213.422,00Descrizione bollo  
BOLLO ESENTEImporto bollo  
0,00Descrizione spese  
SPESA ESENTIImporto spese  
0,00

Descrizione commissioni

Importo commissioni  
0,00Codice causale  
41Causale  
RIMBORSO QUARTO TRIMESTRE 2023FONDO MSNA ANNO 2023  
2024/0740/08/0/02353/00165/000Data carico  
23/04/2024

Data regolarizzazione

Data valuta  
23/04/2024Modalita` di pagamento  
ACCREDITO BANCA D'ITALIAImputazione  
ORDINARIE INFRUTTIFERE B.IT.Coordinate bancarie  
FILIALE: 00000 CONTO:Numero ricevuta  
967

Numero ricevuta storno

Tipo  
TURN

End to End

TRN

## Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_43253016	Data richiesta	05/04/2024	Scadenza validità	03/08/2024
-------------------	----------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	SOL.MED. SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
Codice fiscale	01232710861
Sede legale	VIA MENDOZA, 16 94015 PIAZZA ARMERINA (EN)

Con il presente Documento si dichiara che il soggetto sopra identificato RISULTA REGOLARE nei confronti di

I.N.P.S.
I.N.A.I.L.

Il Documento ha validità di 120 giorni dalla data della richiesta e si riferisce alla risultanza, alla stessa data, dell'interrogazione degli archivi dell'INPS, dell'INAIL e della CNCE per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.