

FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01641790702**
Progressivo di invio: **Y9H4L**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **ELW6AR**
Telefono del trasmittente: **0874-60561**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT04896080878**
Codice fiscale: **04896080878**
Denominazione: **MEDEA MEDICALE S.r.l.**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

PROTOCOLLO MC 8750

DEL 21.09.2024

Dati della sede

Indirizzo: **VIA LOMBARDO 11**
CAP: **95027**
Comune: **SAN GREGORIO DI CATANIA**
Provincia: **CT**
Nazione: **IT**

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **CT**
Numero di iscrizione: **328050**
Capitale sociale: **10000.00**
Numero soci: **SM** (più soci)
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

Recapiti

Telefono: **095 9592014**
E-mail: info@medeamedicale.it

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT00052420866**
Codice Fiscale: **00052420866**
Denominazione: **Comune di Assoro - SETTORE III - GESTIONE DEL TERRITORIO**

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

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2024-09-20** (20 Settembre 2024)
Numero documento: **690/2024**
Importo totale documento: **322.08**

Dati dell'ordine di acquisto

Identificativo ordine di acquisto: **902**
Data ordine di acquisto: **2024-09-18** (18 Settembre 2024)
Codice Identificativo Gara (CIG): **B3155DBE2A**

Dati del documento di trasporto

Numero DDT: **711**
Data DDT: **2024-09-20** (20 Settembre 2024)

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **** Rif. Doc. di trasporto 711 del 20/09/2024:**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**
Iva (%): **22.00**

Nr. linea: 2

Descrizione bene/servizio: **** Rif. Preventivo 357 del 11/09/2024:**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**
Iva (%): **22.00**

Nr. linea: 3

Descrizione bene/servizio: **RIF. VOSTRA RICHIESTA DI PRT. 8077 DEL 2/8/2024**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**
Iva (%): **22.00**

Nr. linea: 4

Descrizione bene/servizio: **N. GEN.LE 902 DEL 18/9/2024 - N° DI SETTORE 435 DEL 18/9/2024 - CIG-B3155DBE2A**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**
Iva (%): **22.00**

Nr. linea: 6

Codifica articolo

Tipo: **AswArtFor**
Valore: **989803139261**

Tipo: **DM1**
Valore: **@@CODICE DM1:173766**
Descrizione bene/servizio: **PLACCHE DEFIBRILLAZIONE FRX**
Quantità: **3.00**

Unità di misura: **pz**
Valore unitario: **83.00**
Valore totale: **249.00**
IVA (%): **22.00**

Altri dati gestionali

Tipo dato: **LOTTO**
Valore testo: **240603-0956**
Tipo dato: **SCADENZA**
Valore data: **2026-12-03** (03 Dicembre 2026)

Nr. linea: 7

Codifica articolo

Tipo: **AswArtFor**
Valore: **SPESI DI TRASPORTO**
Descrizione bene/servizio: -
Quantità: **1.00**
Valore unitario: **15.00**
Valore totale: **15.00**
IVA (%): **22.00**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **22.00**
Totale imponibile/importo: **264.00**
Totale imposta: **58.08**
Esigibilità IVA: **S** (scissione dei pagamenti)
Riferimento normativo: **Imp. 22% con scissione pagamenti**

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)
Data scadenza pagamento: **2024-09-20** (20 Settembre 2024)
Importo: **264.00**
Istituto finanziario: **Crédit Agricole Italia**
Codice IBAN: **IT27L0623016903000015454821**

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

Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_45155289	Data richiesta	30/08/2024	Scadenza validità	28/12/2024
-------------------	----------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	MEDEA MEDICALE SRL
Codice fiscale	04896080878
Sede legale	VIA LOMBARDO, 11 95027 SAN GREGORIO DI CATANIA (CT)

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.

Importo Procedura

264

Oggetto

fornitura di placche defibrillatori FRX

[Proseguì Procedura](#)

Lotti associati



CIG	Stato	Fase	Oggetto	Operazioni
B3155DBE2A	Aggiudicato	Affidamento	Fornitura di placche defibrillatori FRX	

< 1 >

Mostrati 1 - 5 su 1 Risultati.

[5 Elementi](#) ▾