

# FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**  
Progressivo di invio: **36**  
Formato Trasmissione: **FPA12**  
Codice Amministrazione destinataria: **UF1RH7**



## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT00917500571**  
Codice fiscale: **00917500571**  
Denominazione: **CMA SRL**  
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

### Dati della sede

Indirizzo: **LARGO F. SPADONI**  
Numero civico: **4**  
CAP: **02100**  
Comune: **RIETI**  
Provincia: **RI**  
Nazione: **IT**

### Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **RI**  
Numero di iscrizione: **54659**  
Numero soci: **SM** (più soci)  
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

### Recapiti

Telefono: **0746/491415**  
E-mail: **info@cma.ri.it**

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

Codice Fiscale: **00113670574**  
Denominazione: **Comune di Micigliano - Uff\_eFatturaPA**

### Dati della sede

Indirizzo: **Via S.biagio, 1**  
CAP: **02010**  
Comune: **Micigliano**  
Provincia: **RI**  
Nazione: **IT**

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: **2019-04-30** (30 Aprile 2019)  
Numero documento: **FATTPA 36\_19**  
Importo totale documento: **240.40**

## Bollo

Bollo virtuale: **SI**  
Importo bollo: **2.00**

## Dati del contratto

Numero linea di fattura a cui si riferisce: **1 , 2 , 3**  
Identificativo contratto: **Det. n. 33**  
Data contratto: **2018-02-27** (27 Febbraio 2018)  
Codice Identificativo Gara (CIG): **Z1522794ED**

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

### Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **Nomina Medico Competente**  
Quantità: **1.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **100.00**  
Valore totale: **100.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esente)

### Nr. linea: 2

Descrizione bene/servizio: **Visita medico competente**  
Quantità: **2.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **50.00**  
Valore totale: **100.00**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esente)

### Nr. linea: 3

Descrizione bene/servizio: **Esami Ematochimici**  
Quantità: **2.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **20.20**  
Valore totale: **40.40**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esente)

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N4** (esenti)  
Totale imponibile/importo: **240.40**  
Totale imposta: **0.00**  
Riferimento normativo: **Esente Art. 10 DPR 633/72**

## Dati relativi al pagamento

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

### Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2019-06-30** (30 Giugno 2019)  
Importo: **240.40**  
Istituto finanziario: **INTESA SAN PAOLO**  
Codice IBAN: **IT46J030691460110000004939**

## Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_14775969	Data richiesta	16/01/2019	Scadenza validità	16/05/2019
-------------------	----------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	CMA - CENTRO DI MEDICINA AZIENDALE SRL
Codice fiscale	00917500571
Sede legale	LARGO FIORENZO SPADONI, 4 02100 RIETI (RI)

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.