

# FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**  
Progressivo di invio: **0003690572**  
Formato Trasmissione: **FPA12**  
Codice Amministrazione destinataria: **UF1RH7**

OM

## 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 4**  
CAP: **02100**  
Comune: **RIETI**  
Provincia: **RI**  
Nazione: **IT**

### Recapiti

Telefono: **0746491415**  
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**

## Dati del terzo intermediario soggetto emittente

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01879020517**  
Denominazione: **Aruba Pec S.p.A.**

## Soggetto emittente la fattura

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

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

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2017-12-11** (11 Dicembre 2017)  
Numero documento: **FATTPA 111\_17**  
Importo totale documento: **240.00**

## Bollo

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

## Dati del contratto

Identificativo contratto: **Del.n. 79**  
Data contratto: **2016-12-23** (23 Dicembre 2016)  
Codice Identificativo Gara (CIG): **Z551F2F3E8**

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

*Nr. linea: 1*

### *Codifica articolo*

Tipo: **Codice fornitore**  
Valore: **M0003**  
Descrizione bene/servizio: **VISITA MEDICO COMPETENTE**  
Quantità: **5.00000000**  
Valore unitario: **48.00000000**  
Valore totale: **240.00000000**  
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: **240.00**  
Totale imposta: **0.00**  
Riferimento normativo: **D.p.r. 633/72**

## Dati relativi al pagamento

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

### *Dettaglio pagamento*

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2018-02-09** (09 Febbraio 2018)  
Importo: **240.00**  
Istituto finanziario: **INTESA SAN PAOLO**  
Codice IBAN: **IT46J0306914601100000004939**  
Codice pagamento: **BB60GDF**

**FATTURA ELETTRONICA**

Versione FPA12

**Dati relativi alla trasmissione**

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**  
Progressivo di invio: **0003671481**  
Formato Trasmissione: **FPA12**  
Codice Amministrazione destinataria: **UF1RH7**

OK

**Dati del cedente / prestatore****Dati anagrafici**

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

OK I.V.A.

**Dati della sede**

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

**Recapiti**

Telefono: **0746491415**  
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**

**Dati del terzo intermediario soggetto emittente****Dati anagrafici**

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01879020517**  
Denominazione: **Aruba Pec S.p.A.**

**Soggetto emittente la fattura**

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

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

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2017-12-06** (06 Dicembre 2017)  
Numero documento: **FATTPA 103\_17**  
Importo totale documento: **1342.00**

## Dati del contratto

Identificativo contratto: **DEL.N. 79**  
Data contratto: **2016-12-23** (23 Dicembre 2016)  
Codice Identificativo Gara (CIG): **Z551F2F3E8**

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

**Nr. linea: 1**

### **Codifica articolo**

Tipo: **Codice fornitore**  
Valore: **S002**  
Descrizione bene/servizio: **ADEGUAMENTI NORMATIVI (DLGS 81/2008)**  
Quantità: **1.00000000**  
Unità di misura: **1**  
Valore unitario: **1100.00000000**  
Valore totale: **1100.00000000**  
IVA (%): **22.00**

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **22.00**  
Totale imponibile/importo: **1100.00**  
Totale imposta: **242.00**  
Esigibilità IVA: **S** (scissione dei pagamenti)  
Riferimento normativo: **Scissione dei pagamenti art. 17 TER DPR 633/72 e successive modifiche**

## Dati relativi al pagamento

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

### **Dettaglio pagamento**

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2018-02-04** (04 Febbraio 2018)  
Importo: **1100.00**  
Istituto finanziario: **INTESA SAN PAOLO**  
Codice IBAN: **IT46J0306914601100000004939**  
Codice pagamento: **BB60GDF**

## Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_10883370	Data richiesta	10/03/2018	Scadenza validità	08/07/2018
-------------------	----------------	----------------	------------	-------------------	------------

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.