

FATTURA ELETTRONICA

Dati relativi alla trasmissione



Versione

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**
Progressivo di invio: **3**
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.fatturape.gov.it

Versione

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2021-01-21** (21 Gennaio 2021)
Numero documento: **FATTPA 3_21**
Importo totale documento: **1110.20**
Causale: **Riferimento anno di consulenza 02/2020 - 02/2021**

Dati del contratto

Numero linea di fattura a cui si riferisce: **1**
Identificativo contratto: **Det. 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: **ADEGUAMENTI NORMATIVI (DLGS 81/2008)**
Quantità: **1.00**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **910.00**
Valore totale: **910.00**
IVA (%): **22.00**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **22.00**
Totale imponibile/importo: **910.00**
Totale imposta: **200.20**
Esigibilità IVA: **S** (scissione dei pagamenti)

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)
Data scadenza pagamento: **2021-03-21** (21 Marzo 2021)
Importo: **910.00**
Istituto finanziario: **INTESA SAN PAOLO**
Codice IBAN: **IT46J0306914601100000004939**

Versione prodotta con foglio di stile Sdi www.fatturapa.gov.it

FATTURA ELETTRONICA

Versione

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**
 Progressivo di invio: **4**
 Formato Trasmissione: **FPA12**
 Codice Amministrazione destinataria: **UF1RH7**

Oh

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

Versione

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2021-01-21** (21 Gennaio 2021)
Numero documento: **FATTPA 4_21**
Importo totale documento: **100.00**
Causale: **Nomina Medico Competente anno di consulenza 02/2020- 02/2021**

Bollo

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

Dati del contratto

Numero linea di fattura a cui si riferisce: **1**
Identificativo contratto: **Det. 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** (esenti)

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**
Natura operazioni: **N4** (esenti)
Totale imponibile/importo: **100.00**
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: **2021-03-21** (21 Marzo 2021)
Importo: **100.00**
Istituto finanziario: **INTESA SAN PAOLO**
Codice IBAN: **IT46J0306914601100000004939**

Versione prodotta con foglio di stile SdI www.fatturapa.gov.it