


Proposta n° <u>05</u> Area Settima Data <u>01/03/2016</u>		
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	--

COMUNE DI CAPACI
PROVINCIA DI PALERMO

AREA VII

Originale di Determinazione dirigenziale

N° <u>128</u> del Reg. Data <u>22.03.2016</u>	OGGETTO	Liquidazione fatture alla ditta Medicare Sud. (Fatt. n.O410275 e Fatt. n.O409497) forniture Novembre e Dicembre 2015 CIG:Z84135FD76
Parte Riservata all'Area II Bilancio _____ ATTO n. _____ Missione 14 Programma 4 Titolo 1 Macroaggregato 103 Capitolo 11830		NOTE <u>PL. 16/463</u>
Visto di regolarità contabile attestante copertura finanziaria		
IL RESPONSABILE DELL'AREA II _____		

Il Responsabile del procedimento di cui all'art. 5 della l.r. 30/4/1991 n° 10, ai sensi dell'art. 2 della medesima legge, ha proposto l'adozione della presente proposta di determinazione relativa alla: "Liquidazione fatture alla ditta Medicare Sud. (Fatt. n.O410275 e Fatt. n.O409497) forniture Novembre e Dicembre 2015 CIG:Z84135FD76 " con P.IVA IT07249130969, giusta D.D. Area VII^ di impegno di spesa Racc.Gen. n. 122 del 13/03/2015, per le fatture n. O409497 del 30/11/2015 e n. O410275 del 31/12/2015 e per un totale imponibile di euro 530,42 oltre ad I.V.A. di euro 20,42 per un importo complessivo di euro 530,84, per la fornitura di ossigeno terapeutico.

Il Responsabile del procedimento di cui all'art. 5 della L.r. 30/4/1991 n° 10, ai sensi dell'art. 2 della medesima legge, propone l'adozione della presente proposta di determinazione avente ad oggetto: "Liquidazione fatture alla ditta Medicaire Sud. (Fatt. n.O410275 e Fatt. n.O409497) forniture Novembre e Dicembre 2015 " CIG:Z84135FD76.

RICHIAMATA:

la Determinazione del Responsabile Area VII^ n. 122 del 12.03.2015, avente per oggetto " impegno spesa per acquisto di Ossigeno Terapeutico – anno 2015 – per le forniture della Farmacia Comunale – ditta Medicaire Sud Srl CIG Z84135FD76";

VISTE le fatture n. **O409497** del 30.11.2015 di €. **255,21** oltre iva € **10,21** e n. **O410275** del 31.12.2015 di €. **255,21** oltre iva € **10,21**, relative alla fornitura di ossigeno liquido per la Farmacia Comunale, relativamente al periodo Novembre - Dicembre 2015, per un totale complessivo **imponibile** di € **510,42** oltre **IVA di € 20,42**

PRESO ATTO del certificato DURC valido della Ditta Medicaire Sud S.r.l., e della dichiarazione ai sensi della legge 136/2012;

VISTO che la merce è stata regolarmente fornita e presa in carico dalla Farmacia Comunale, come da attestazione apposta dal farmacista comunale sulle fatture fiscali della ditta creditrice;

CONSIDERATO che trattasi di fornitura di beni/servizi che sono utilizzati per fini istituzionali;

VISTO il regolamento di contabilità;

VISTO il DPR 633/1972 art. 17-ter;

VISTO l'art. 184 del Decreto Legislativo 267/2000;

VISTO il vigente O.R.EE.LL. in Sicilia;

PROPONE DI DETERMINARE

- 1) **Liquidare e pagare** alla Ditta Medicaire Sud S.r.l. , Partita I.V.A. 07249130969, la somma complessiva di €. **510,42 al netto di I.V.A.**, di cui alle fatture n° O409497 del 30.11.15 e n° O410275 del 31.12.15, relative a forniture di Ossigeno terapeutico per il periodo Novembre - Dicembre 2015, mediante accreditamento presso Credito Valtellinese – Ag. di RHO (MI) – cod. IBAN IT33X0521620500000000003100;
- 2) **Versare** a norma dell'art. 17 – ter del DPR 633/1972, la quota **IVA di € 20,42** relativa alle suddette fatture (iva commerciale);
- 3) **Imputare** sul CODICE 1.12.05.02 Capitolo 11830 del Bilancio 2015 la **complessiva spesa di € 530,84**, giusto **impegno n. 15/228.3** assunto con Determinazione del Responsabile Area VII^ R.G. n. 122 del 12.03.2015

Il Responsabile del procedimento
(Dott. Giuseppe Barone)



FATTURA ELETTRONICA - VERSIONE 1.1

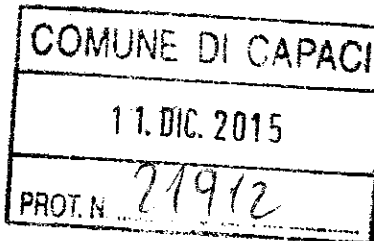
Trasmissione nr. S100018LKS

Da: IT04513160962 a: UF7FCU
Formato: SDI11

Mittente: MEDICAIR SUD SRL
Partita IVA: IT07249130969
Regime fiscale: Ordinario
Sede: VIA T. TASSO, 29 - 20010 - POGLIANO MILANESE (MI)
IT

Cessionario/committente: FARM.COMUNALE DI CAPACI
Codice Fiscale: 80019740820
Sede: VIA VITTORIO EMANULE 151/153 - 90040 - CAPACI (PA) IT

Iscrizione nel registro delle imprese
Provincia Ufficio Registro Imprese: MI
Numero di iscrizione: 1946799
Capitale sociale: 90000.00
Stato di liquidazione: non in liquidazione
Recapiti:
Telefono: 0293282391
Fax: 0293255176
E-mail: fatturazionepa@medicair.it



FATTURA NR. O409497 DEL 30/11/2015 (ART. 73 DPR 633/72)

Importo totale documento: **265,42 (EUR)**
Importo da pagare: **255,21 (EUR)**
Causale: FATTURA DI VENDITA Prezzo a confezione, al netto del margine per il Farmacista

Riassunto dettagli fattura

Dettaglio doc.	Descrizione	Quantità	Unità misura	Valore unitario (EUR)	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA	Altri dati gestionali
1	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenico o UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2,2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONNA VITO
2	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenico o UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2,2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONNA VITO
3	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenico o UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2,2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 599574 COSTA GIUSEPPE

Dati generali

Tipologia	Documento	Data	CIG
Ordine d'acquisto	NO ORDINE	01/01/2015	

Documenti di trasporto (DDT)

Numero DDT	Data DDT	Numero linea di fattura
0045040	09/11/2015	1
0045193	17/11/2015	2
0045278	23/11/2015	3

Dati riepilogo per aliquota IVA e natura

IVA	Spese acc. (EUR)	Arr. (EUR)	Impon./Importo (EUR)	Imposta (EUR)	Esigibilità
4,00%	0,00	0,00	255,21	10,21	Cessione del

VISTO PER MERCE CONFORME PER QUALITÀ E QUANTITÀ A QUANTO RIC...

Pagamento

Pagamento completo

Modalità	Importo (EUR)	Beneficiario	IBAN	Sconto pag. anticipato (EUR)	Penale (EUR)
Bonifico	255,21	Medicair Sud S.r.l.	IT33X052162050000000003100	0,00	0,00

Allegati

Nome	Formato
FA0082015O409497.pdf	.PDF

*** FATTURA ELETTRONICA - VERSIONE 1.1**

Trasmissione nr. S10001AHBJ

Da: IT04513160962 a: UF7FCU
Formato: SDI11

Mittente: MEDICAIR SUD SRL
Partita IVA: IT07249130969
Regime fiscale: Ordinario
Sede: VIA T. TASSO, 29 - 20010 - POGLIANO MILANESE (MI)
IT

Cessionario/committente: FARM.COMUNALE DI CAPACI
Codice Fiscale: 80019740820
Sede: VIA VITTORIO EMANULE 151/153 - 90040 - CAPACI
(PA) IT

Iscrizione nel registro delle imprese
Provincia Ufficio Registro Imprese: MI
Numero di iscrizione: 1946799
Capitale sociale: 90000.00
Stato di liquidazione: non in liquidazione
Recapiti:
Telefono: 0293282391
Fax: 0293255176
E-mail: fatturazionepa@medicair.it

COMUNE DI CAPACI

14 GEN 2016

PROT. N. *642*.....

FATTURA NR. O410275 DEL 31/12/2015 (ART. 73 DPR 633/72)

Importo totale documento: **265,42 (EUR)**
Importo da pagare: **255,21 (EUR)**
Causale: FATTURA DI VENDITA Prezzo a confezione, al netto del margine per il Farmacista

Riassunto dettagli fattura

Dettaglio doc.	Descrizione	Quantità	Unità misura	Valore unitario (EUR)	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA	Altri dati gestionali
1	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenic o UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONNA VITO
2	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenic o UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONNA VITO
3	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenic o UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 599574 COSTA GIUSEPPE

Dati generali

Tipologia	Documento	Data	CIG
Ordine d'acquisto	NO ORDINE	01/01/2015	

Documento di trasporto (DDT)

Numero DDT	Data DDT	Numero linea di fattura
0045471	05/12/2015	
0045714	08/12/2015	
0045725	23/12/2015	

Dati di riepilogo per aliquote IVA e nature

IVA	Spese acc. (EUR)	Atr. (EUR)	Impon./Importo (EUR)	Imposta (EUR)	Esigibilità
4,00%	0,00	0,00	265,42	10,21	Cessione dei pagamenti

VALID WITH MEDICAL CONFORME PER QUALITÀ E QUANTITÀ A QUANTITÀ RIN...

× Modalità	Importo (EUR)	Beneficiario	IBAN	Sconto pag. anticipato (EUR)	Penale (EUR)
Bonifico	255,21	Medicair Sud S.r.l.	IT33X052162050000 0000003100	0,00	0,00

Allegati

Nome	Formato
FA0082015O410275.pdf	.PDF

Durc On Line

Numero Protocollo	INPS_2470486	Data richiesta	02/03/2016	Scadenza validità	30/06/2016
-------------------	--------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	MEDICAIR SUD S.R.L.
Codice fiscale	07249130969
Sede legale	VIA TORQUATO TASSO 20010 MI

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 delle Casse Edili per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.



ISO Certificate no. 900856
ISO 13485 Certificate no. 908047

Spett.le
FARM.COMUNALE
Via Vittorio Emanuele 151/153
90040 Capaci (PA)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art.47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto	FILIPPO MOSCATELLI		
nato a	RHO	provincia	MI
residente in	VIA FILIPPO CORRIDONI 21	il	21/08/1945
Comune	LAINATE	Provincia	MI
in qualità di	LEGALE RAPPRESENTANTE		
della Ditta	MEDICAIR SUD SRL		
con sede legale in	VIA TORQUATO TASSO 29		
comune	POGLIANO MILANESE	Provincia	MI
C.F./Partita I.V.A.	07249130969		
Indirizzo di Posta Elettronica			miriam.zappa@medicair.it
Indirizzo di Posta Elettronica Certificata			medicairsudsrll@legalmail.it

Consapevole delle sanzioni penali, nel corso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste e richiamate dal D.P.R. 28/12/2000, n. 445

DICHIARA

di ottemperare alle disposizioni di cui alla Legge 13/08/2010 n. 136, "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia", con particolare riferimento all'articolo 3 della citata Legge, ed a tal fine

COMUNICA

gli estremi identificativi del
Conto Corrente Bancario
dedicato in via non esclusiva ai pagamenti dei contratti
presenti e futuri stipulati con l'Azienda

Estremi identificativi del Conto Corrente Bancario:

Banca	CREDITO VALTELLINESE S.C.
Agenzia	di RHO
Numero di conto	3100
Intestazione	MEDICAIR SUD SRL
Codice IBAN	IT33 X 05216 20500 000000003100

MEDICAIR SUD s.r.l.
Sede: Via T. Tasso, 29 - 20010 Pogliano Milanese (MI)
Uff. Amm. 02.93282.391 - Fax 02.93282.373
Uff. Comm. 02.93282.562/564 - Fax 02.93282.394/586

Customer Care
199-030423
Fax 02.93282.410/353
E-mail: info@medicair.it - www.medicair.it

Cap. Soc. € 90.000,00
Registro Imprese 07249130969
R.E.A. 1946799 - P.I. 07249130969
"Con Socio Unico" - Società soggetta all'attività
di direzione e coordinamento di Glaxo S.p.A.



ISO Certificate no. 900856
ISO 13485 Certificate no. 908047

COMUNICA

altresi i dati anagrafici, il Codice Fiscale e la carica *delle persone delegate* ad operare sul conto medesimo.

Delegato ad operare sul Conto Corrente:

Nome	FILIPPO	Cognome	MOSCATELLI
Carica	Legale Rappresentante		
Nato a	RHO	il	21/08/1945
C.F.	MSCFPP45M21H264K		

Delegato ad operare sul Conto Corrente:

Nome	MARINA	Cognome	BRESSAN
Nata a	RHO	il	8/010/1957
C.F.	BRSMRN57R48H264K		

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L. n. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

MEDICAIR SUD SRL

Pogliano Milanese 22 FEB 2013

Firma.....

MEDICAIR SUD s.r.l.
Sede: Via T. Tasso, 29 - 20010 Fogliano Milanese (MI)
Off. Amm. 02.93282351 - Fax 02.9398.2333
Off. Comm. 02.93282352/3547 - Fax 02.93282394/588

Customer Care

Fax 02.93282352/3553
E-mail: info@medicair.it - www.medicair.it

Cap. Soc. € 90.000,00
Registro Imprese 07249130969
R.I.A. 1946799 - P.I. 07249130969
"Don Socio Unico" - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di GlaxoSmithKline S.p.A.

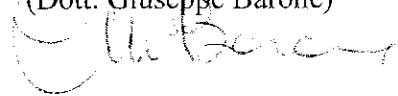
IL RESPONSABILE DI AREA

Vista la superiore proposta di determinazione ritenuta conforme sotto il profilo tecnico alle norme di legge e alle norme interne

DETERMINA

Di approvare la superiore proposta di determinazione.

Il Funzionario Responsabile Area VII
(Dott. Giuseppe Barone)

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Giuseppe Barone', is written over the printed name of the official.

**Il Responsabile di Area
(Dott. Giuseppe Barone)**

Copia conforme all'originale, in carta libera, per uso amministrativo

Dal Municipio _____

**IL RESPONSABILE AREA VII^
(Dott. Giuseppe Barone)**

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

N. Reg. pubbl. _____

Certifico io sottoscritto Segretario Generale su conforme dichiarazione del Responsabile Albo Pretorio, che copia del presente verbale viene pubblicato il giorno _____ all'Albo Pretorio ove rimarrà esposta per 15 giorni consecutivi.

Il Responsabile Albo Pretorio

**IL SEGRETARIO GENERALE
(D.ssa Antonella Spataro)**
