

Proposta n° <u>43</u> Area Settima Data 31/05/2017		
--	---	--

COMUNE DI CAPACI
 PROVINCIA DI PALERMO

AREA VII

Originale di Determinazione dirigenziale

N° <u>551</u> del Reg. Data <u>10-07-2017</u>	OGGETTO	LIQUIDAZIONE FATTURA ALLA DITTA MY BENEFIT Srl PER FORNITURA DI PRODOTTI SANITARI CIG: Z591E4529D
Parte Riservata all' Area II Bilancio <u>2017</u> ATTO n. _____ Missione <u>13</u> Programma <u>7</u> Titolo <u>1</u> Macroaggregato <u>103</u> Capitolo 011830 Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria IL RESPONSABILE DELL'AREA II Rag. Francesco Paolo Di Maggio		NOTE <i>Note spese 17/2737</i>

L'anno duemiladiciassette il giorno _____ del mese di _____ alle ore _____ nella sala delle adunanze del Comune di Capaci il Responsabile di Area, analizza la seguente proposta ai fini dell'assunzione delle determinazioni di competenza:

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 FATTURA ALLA DITTA MY BENEFIT Srl PER FORNITURA DI PRODOTTI SANITARI CIG: Z591E4529D "

Richiamata la D.D. di Area VII n. 26 del 01/04/2017 R.G. 378 del 19/05/2017 con oggetto: "**Impegno spesa per acquisto di articoli sanitari della Ditta MY BENEFIT Srl. CIG: Z591E4529D** " con la quale si è provveduto ad impegnare la somma di € 1870,00 IVA compresa, per assicurare alla Farmacia Comunale la fornitura di prodotti sanitari e parafarmaci distribuiti dalla ditta MyBenefit S.r.l. ;

Visti il documento contabile, prodotto dalla ditta : la **fattura PA** n. 07/01 del 31/03/2017, per un totale imponibile di **euro 1595,70** oltre ad **I.V.A.** di **euro 166,95** e per un importo complessivo di **euro 1.762,65**;

Preso atto del certificato Dure valido della Ditta MY BENEFIT Srl., e della dichiarazione ai sensi della legge 136/2010;

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;

Considerato che trattasi di forniture di beni utilizzati dalla farmacia Comunale per svolgere il servizio.. di erogazione dell'assistenza farmaceutica, dovendo, al pari delle farmacie private, assicurare con regolarità il servizio medesimo (configurandosi, altrimenti, il reato previsto dall' art. 331c.p.) e che quindi, se non pagate, possono arrecare danno patrimoniale grave all'Ente ;

Visto il TUEL parte II tit. II art. 163

Visto il D. Lgs. 267/2000;

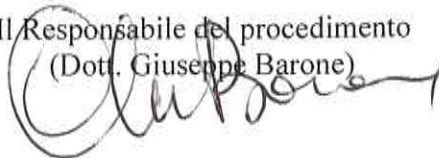
Visto il D.P.R. 633/1972 art. 17-ter

PROPONE DI DETERMINARE

Per quanto sopra esposto:

- 1) **Liquidare e pagare** alla ditta My Benefit Srl via Leopardi, 46/a, 41123 - Modena, P.IVA 03281200364 per la fornitura di parafarmaci e sanitari, alla Farmacia Comunale, mediante accreditamento presso la Banca Unicredit ag. Rubiera - sul Cod. **IBAN IT18N0200866471000100750085**, per i seguenti documenti contabili: la **fattura PA** n. 07/01 del 31/03/2017, per un totale imponibile di **euro 1595,70** oltre ad **I.V.A.** di **euro 166,95** e per un importo complessivo di **euro 1.762,65**;
- 2) **Versare**, a norma dell'art 17-ter del D.P.R. 633/1972 la quota **IVA di € 166,95 (Iva Commerciale)**
- 3) **Imputare** la complessiva spesa di € 1.762,65 sull'impegno **17/1298** , intervento U.1.03.05.999 – capitolo 11830 del bilancio 2017 in formazione

Il Responsabile del procedimento
(Dott. Giuseppe Barone)



VITZ ARZ

FATTURA ELETTRONICA - VERSIONE FPA12

SOGGETTO EMITTENTE: TERZO

OK P...

Trasmissione nr. 0001896052 verso PA

Da: IT01641790702 a: UF7FCU

Formato: FPA12

Telefono: 0874-60561

Mittente: MY BENEFIT S.R.L.
 Partita IVA: IT03281200364
 Regime fiscale: Ordinario
 Sede: VIA GIACOMO LEOPARDI,46/A - 41123 - MODENA (MO) IT
 Iscrizione nel registro delle imprese
 Provincia Ufficio Registro Imprese: MO
 Numero di iscrizione: 386135
 Capitale sociale: 1000.00
 Stato di liquidazione: non in liquidazione

Cessionario/committente: COMUNE DI CAPACI - FARMACIA COMUNALE
 Identificativo fiscale ai fini IVA: IT00653700823
 Codice Fiscale: 80019740820
 Sede: VIA VITTORIO EMANUELE II,153 - 90040 - CAPACI (PA) IT

COMUNE DI CAPACI
 12 APR. 2017
 PROT. N. 7625

Terzo intermediario soggetto emittente:
 Identificativo fiscale ai fini IVA: IT01641790702
 Codice Fiscale: 01641790702

FATTURA NR. 7/01 DEL 31/03/2017

Importo totale documento: 1.762,65 (EUR)
 Importo da pagare entro il 31/05/2017: 1.595,70 (EUR)

Riassunto dettagli fattura

Dettaglio doc.	Cod. articolo	Descrizione	Valore unitario (EUR)	Sconto/maggio ragione	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA
2	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.40-52KG N.2 val.unitario 38.50	VENDITA MERCE COME DA VOSTRO ORDINE	946,790000	Sconto/Importo: 24,89	921,90	4,00%
1	MY MOBILITAS GEL 125 ml N.30 val.unitario 8.54	VENDITA MERCE COME DA VOSTRO ORDINE	556,590000	Sconto/Importo: 34,16	522,43	22,00%
3	OLIO YIN YANG 30ml N.16 val.unitario euro 9.97	VENDITA MERCE COME DA VOSTRO ORDINE	161,340000	Sconto/Importo: 9,97	151,37	10,00%

Dati generali

Tipologia	Documento	CIG
Contratto	Z6C1A64A2E	Z6C1A64A2E

Documento di trasporto (DDT)

Numero DDT	Data DDT
1279	28/03/2017
1327	30/03/2017

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

IVA	Impon./Importo (EUR)	Imposta (EUR)	Esigibilità
4.00%	921,90	36,88	Scissione dei pagamenti
10.00%	151,37	15,14	Scissione dei pagamenti
22.00%	522,43	114,93	Scissione dei pagamenti

Pagamento

Pagamento completo

Modalità	Importo (EUR)	Beneficiario	in (gg)	entro il	Istituto	IBAN	ABI	CAB
Bonifico	1.595,70	MY BENEFIT SRL	60	31/05/2017	UNICREDIT BANCA SPA AG.RUBIERA	IT18N020086 64710001007 50085	02008	66471

FOTO PER MERCE... QUANTITÀ... RICHIESTO

MY BENEFIT SRL
Via G. Leopardi, 46/A
41123 Modena
P. IVA/C.F. 03281200364
Tel. 059828941

OGGETTO: Comunicazione resa ai sensi dell'art.3, comma 7, della Legge 13/08/2010, n. 136 e successive modificazioni.

Il sottoscritto: BERTUANO GENARO

Legale rappresentante dell'Impresa MY BENEFIT S.R.L.

codice fiscale: BRTANR77M026902 partita IVA: 03281200364

DICHIARA

ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari relativi a Contratti/Cottimi/Incarichi/Convenzioni in essere o futuri, che il proprio conto corrente dedicato (o i propri conti correnti dedicati) a commesse pubbliche, sul quale/sui quali dovranno essere effettuati i pagamenti così come previsto dalla L. 136/2010, è/sono il/i seguente/i:

Istituto Bancario/Poste Italiane: UNICREDIT - FILIALE DI BOLOGNA RISTICHIELLO

Agenzia di:	<u>BOLOGNA</u>
Numero di/c/c:	<u>000100750087</u>
ABI:	<u>03008</u>
CAB:	<u>66474</u>
CIN:	<u>N</u>
COD. IBAN:	<u>IT 18 20200866471000100750087</u>

La/e persona/e delegata/e ad operare è/sono:

BERTUANO GENARO

NATO A PORTICI - NA IL 02/08/1977

BRTANR77M026902 LEGALE RAPPRESENTANTE

(indicare nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, funzione)

Il sottoscritto dichiara di essere informato in merito alle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi, previste dall'art. 76, del D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato a norma dell'art. 13, del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è presentata.

Il sottoscritto, o suo delegato, si impegna a notificare alla stazione appaltante qualunque eventuale variazione dei dati di cui alla presente comunicazione.

data 14/07/2016

Firma e timbro
MY BENEFIT SRL
Via G. Leopardi, 46/A
41123 Modena
P. IVA/C.F. 03281200364
Tel. 059828941

N.B. allegare fotocopia documento di riconoscimento del Legale Rappresentante, attestante la presente dichiarazione

Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_6354650	Data richiesta	08/02/2017	Scadenza validità	08/06/2017
-------------------	---------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	MY BENEFIT S.R.L.
Codice fiscale	03281200364
Sede legale	VIA LEOPARDI, 46/A 41123 MODENA (MO)

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.

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)



**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
