

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 MEDICAIR Sud Srl PER FORNITURA OSSIGENO Novembre, Dicembre, ANNO 2017 CIG: ZF81D90AD9 "

Richiamata la D.D. di Area VII n. 11 del 24/02/2017 R.G. 238 del 04/04/2017 con oggetto: **"Impegno spesa per acquisto presso la ditta Medicaire Sud Srl di Ossigeno Terapeutico – anno 2017 – per le forniture della Farmacia Comunale"** con la quale si è provveduto ad impegnare la somma di € 5.200,00 IVA compresa, per garantire l'approvvigionamento di ossigeno terapeutico, sia liquido che gassoso presso la Ditta Medicaire Sud Srl, azienda specializzata nel settore, con sede legale in via T.Tasso 29 – 20010 Pogliano Milanese (MI);

Visti i seguenti documenti contabili, prodotti dalla ditta Medicaire Sud : le **fatture** n.O408748 del 30/11/2017, n.O409592 del 31/12/2017, per un totale imponibile di euro 425,35 oltre ad I.V.A. di euro 17,02 e per un importo complessivo di euro 442,37.

Preso atto del certificato Dure valido della Ditta 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, in regime convenzionale con il S.S.N., 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 Medicaire Sud Srl, via T.Tasso 29 – 20010 Pogliano Milanese (MI); P.IVA:07249130969 per la fornitura di ossigeno alla Farmacia Comunale, mediante accreditamento presso la banca Credito Valtellinese S.C. ag. RHO - sul Cod. **IBAN IT33X052162050000000003100**, per i seguenti documenti contabili: le **fatture** n.O408748 del 30/11/2017, n.O409592 del 31/12/2017, per un totale imponibile di euro 425,35 oltre ad I.V.A. di euro 17,02 e per un importo complessivo di euro 442,37.
- 2) Versare**, a norma dell'art 17-ter del D.P.R. 633/1972 la quota **IVA di € 17,02 (Iva Commerciale)**;
- 3) Imputare** la complessiva spesa di € 425,35 sull'impegno **17/893**, missione 13, programma 7, titolo I, macroaggregato 103, capitolo 11830 del bilancio 2017.

Il Responsabile del procedimento
(Dott. Giuseppe Barone)



OKRF

FATTURA ELETTRONICA - VERSIONE FPA12

Trasmissione nr. S11002RUB4 verso PA
Da: IT04513160962 a: UF7FCU
Formato: FPA12

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

VII - FARM

COMUNE DI CAPACI
13 DIC 2017
PROT. N. *24509*

FATTURA NR. O408748 DEL 30/11/2017 (ART. 73 DPR 633/72)

Importo totale documento: **176,95 (EUR)**
Importo da pagare: **170,14 (EUR)**
Causale: FATTURA DI VENDITA Prezzo a confezione, al netto del margine per il Farmacista

Riassunto dettagli fattura

Dettaglio doc.	Cod. articolo	Descrizione	Quantità	Unità misura	Valore unitario (EUR)	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA	Altri dati gestionali
1	DM1 200388	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONN A VITO Numero: 0.00
2	DM1 200388	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONN A VITO Numero: 0.00

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
0033310	13/11/2017	1
0033448	24/11/2017	2

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

IVA	Spese acc. (EUR)	Arr. (EUR)	Impon./Importo (EUR)	Imposta (EUR)	Esigibilità
4.00%	0,00	0,00	170,14	6,81	Scissione dei pagamenti

Pagamento

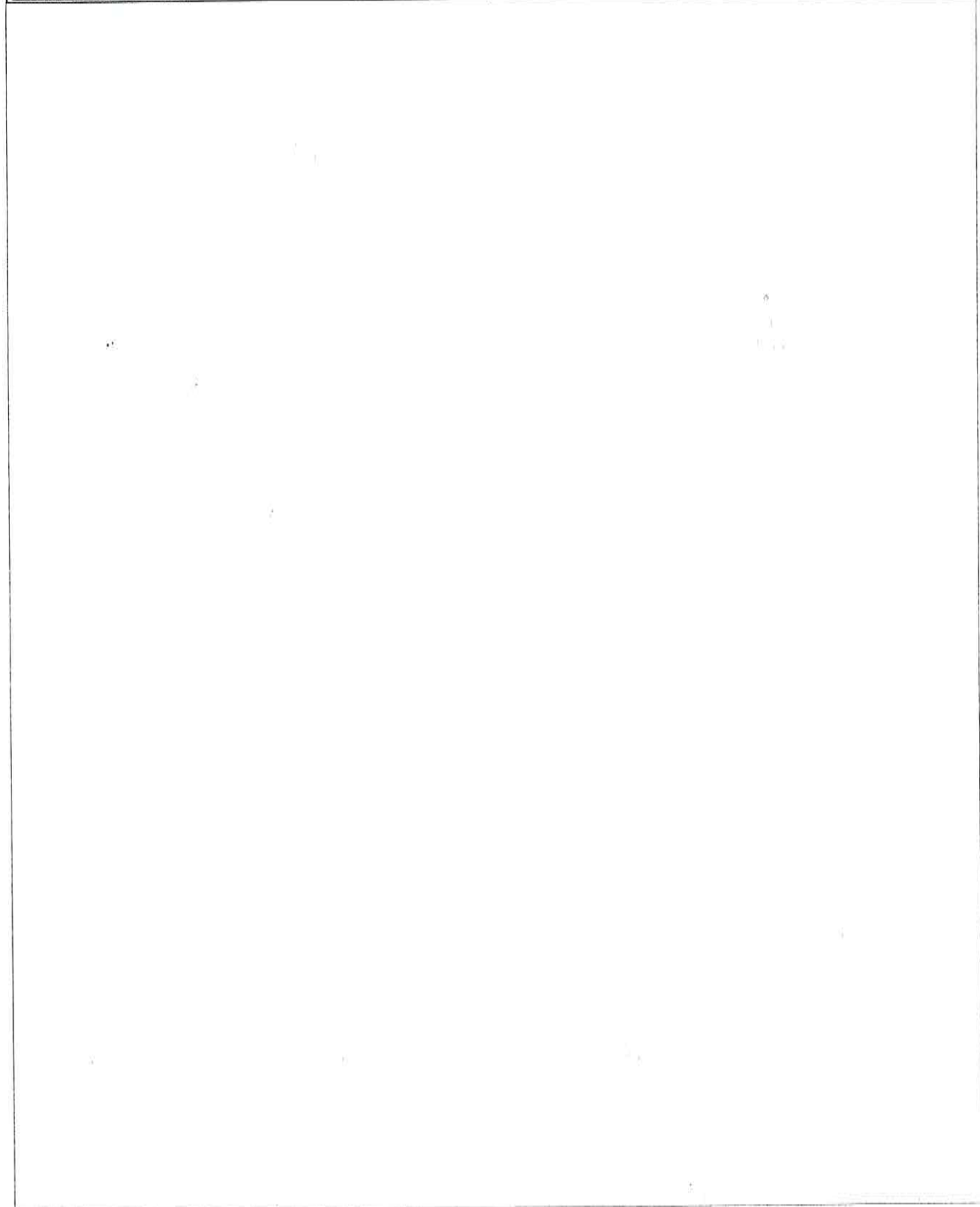
file://C:\Documents and Settings\francoinzerillo\Impostazioni locali\Temp\IT0451316... 13/12/2017

VISTO PER MERCE CO... QUANTO RICHIESI

<input checked="" type="checkbox"/> Modalità	Importo (EUR)	Beneficiario	IBAN	Sconto pag. anticipato (EUR)	Penale (EUR)
Bonifico	170,14	Medicair Sud S.r.l.	IT33X0521620500000000003100	0,00	0,00

Allegati

Nome	Formato
FA0082017O408748.pdf	.PDF



OURF

FATTURA ELETTRONICA - VERSIONE FPA12

Trasmissione nr. S11002UQBK verso PA

Da: IT04513160962 a: UF7FCU
Formato: FPA12

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: fatturazioneepa@medicair.it

COMUNE DI CAPACI

05 GEN 2018

PROT. N. *210*

VII - FARM

FATTURA NR. O409592 DEL 31/12/2017 (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.	Cod. articolo	Descrizione	Quantità	Unità misura	Valore unitario (EUR)	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA	Altri dati gestionali
1	DM1 200388	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicaire gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONN A VITO Numero: 0.00
2	DM1 200388	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicaire gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONN A VITO Numero: 0.00
3	DM1 200388	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicaire gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONN A VITO Numero: 0.00

Dati generali

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

ISTO PER MERCE CONT...

<input checked="" type="checkbox"/>	Numero DDT	Data DDT	Numero linea di fattura
	0033541	04/12/2017	1
	0033684	18/12/2017	2
	0033784	29/12/2017	3

Dati di 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	Scissione dei pagamenti

Pagamento

Pagamento completo

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
FA0082017O409592.pdf	.PDF



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** il **21/08/1945**
residente in **VIA FILIPPO CORRIDONI 21**
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 medicairsudsr!@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 02.93282.313
Uff. Comm. 02.93282.562/564 - Fax 02.93282.394/588

Customer Care:

800-830029

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 Gioiellino S.p.A.



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.....

Philip Moscatelli

MEDICAIR SUD s.r.l.

Sede: Via T. Tasso, 29 - 20010 Pogliano Milanese (MI)
Uff. Amm. 02.93282.391 - Fax 02.93282.313
Uff. Comm. 02.93282.562/564 - Fax 02.93282.394/588

Customer Care:

800-830829

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 Gioiellino S.p.A.

Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_9259184	Data richiesta	25/10/2017	Scadenza validità	22/02/2018
-------------------	---------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	MEDICAIR SUD SRL
Codice fiscale	07249130969
Sede legale	VIA TASSO, 29 20010 POGLIANO MILANESE (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 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)



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Giuseppe Barone'. The signature is fluid and cursive, written over the printed name.

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

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

Dal Municipio _____

**IL RESPONSABILE AREA VII^A
(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
