

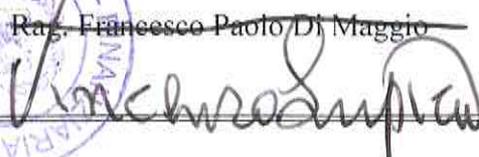
Protoc. 19709 del 01/10/2017

Proposta n° <u>72</u> Area Settima Data 27/09/2017		
--	---	--

**COMUNE DI CAPACI**  
AREA METROPOLITANA DI PALERMO

**AREA VII**

Originale di Determinazione dirigenziale

N° <u>762</u> del Reg. Data <u>11-10-2017</u>	<b>OGGETTO</b>	LIQUIDAZIONE FATTURE ALLA DITTA MEDICAIR Sud Srl PER FORNITURA OSSIGENO Luglio, Agosto, 2017 CIG:ZF81D90AD9
Parte Riservata all'Area II Bilancio _____ ATTO n. _____ Missione <b>13</b> Programma <b>7</b> Titolo <b>1</b> Macroaggregato <b>103</b> Capitolo <b>11830</b> Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria	<b>NOTE</b> MOTA SPESA u h270/2017 h272/4 h273/2017	
IL RESPONSABILE DELL'AREA II Rag. Francesco Paolo Di Maggio 		

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 FATTURE ALLA DITTA MEDICAIR Sud Srl PER FORNITURA OSSIGENO Luglio, Agosto, 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.O405443 del 31/07/2017, n.O405892 del 31/07/2017, n.O406163 del 31/08/2017, per un totale imponibile di euro 943,65 oltre ad I.V.A. di euro 42,25 e per un importo complessivo di euro 985,90;

Preso atto del certificato Durc 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. 331 c.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 **IT33X0521620500000000003100**, per i seguenti documenti contabili: le fatture n.O405443 del 31/07/2017, n.O405892 del 31/07/2017, n.O406163 del 31/08/2017, per un totale imponibile di euro 943,65 oltre ad I.V.A. di euro 42,25 e per un importo complessivo di euro 985,90;
- 2) **Versare**, a norma dell'art 17-ter del D.P.R. 633/1972 la quota IVA di **€ 42,25 (Iva Commerciale)**;
- 3) **Imputare** la complessiva spesa di **€ 985,90** sull'impegno 17/893 , intervento U.1.03.05.999 – capitolo 11830 del bilancio 2017 in corso di formazione.



Il Responsabile del procedimento  
(Dott. Giuseppe Barone)

**FATTURA ELETTRONICA - VERSIONE FPA12**

OKRF

**Trasmissione nr. S11002IVDT 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

**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

**Cessionario/committente:** FARM.COMUNALE DI CAPACI

Codice Fiscale: 80019740820

Sede: VIA VITTORIO EMANULE 151/153 - 90040 - CAPACI (PA) IT



NS. 4270/2017

**FATTURA NR. O405443 DEL 31/07/2017 (ART. 73 DPR 633/72)**

Importo totale documento:

580,75 (EUR)

Importo da pagare :

558,41 (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		AIC:0391103 25 BOMBOLA 200 BAR LT.27 VR ACCIAIO Ossigeno Medicair gas medic.compre sso UN 1072 ossigeno compresso, 2.2(5.1)	1.00	NR	38,490000	38,49	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 659962 D'ANGELO COSIMO Numero: 0.00
2	DM1 200388	AIC:0391101 11 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogen ico 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:0391101 11 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogen ico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 662243 VARVARA ANTONINO Numero: 0.00

Dettaglio doc.	Cod. articolo	Descrizione	Quantità	Unità misura	Valore unitario (EUR)	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA	Altri dati gestionali
4		AIC:0391102 87 BOMBOLA 200 BAR LT.14 VR ACCIAIO Ossigeno Medicair gas medic.compre sso UN 1072 ossigeno compresso, 2.2(5.1)	4.00	NR	19,960000	79,84	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 531592 FARMACIA COMUNALE Numero: 0.00
5		AIC:0391102 87 BOMBOLA 200 BAR LT.14 VR ACCIAIO Ossigeno Medicair gas medic.compre sso UN 1072 ossigeno compresso, 2.2(5.1)	5.00	NR	19,960000	99,80	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 531592 FARMACIA COMUNALE Numero: 0.00
6	DM1 200388	AIC:0391101 11 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogen ico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 662243 VARVARA ANTONINO Numero: 0.00
7	DM1 200388	AIC:0391101 11 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogen ico 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
0031986	12/07/2017	1
0032005	12/07/2017	2
0032006	13/07/2017	3
0032042	14/07/2017	4
0032099	20/07/2017	5
0032123	21/07/2017	6
0032127	24/07/2017	7

**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	558,41	22,34	Scissione dei pagamenti

**Pagamento**
**Pagamento completo**

Modalità	Importo (EUR)	Beneficiario	IBAN	Sconto pag. anticipato (EUR)	Penale (EUR)
Bonifico	558,41	Medicair Sud S.r.l.	IT33X052162050000 0000003100	0,00	0,00

**Allegati**

file://C:\Documents and Settings\francoinzerillo\Impostazioni locali\Temp\IT0451316... 21/08/2017

VA = FARM  
P

**FATTURA ELETTRONICA - VERSIONE FPA12**

OKRF

**Trasmissione nr. S11002JAC0 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

COMUNE DI CAPACI  
24 AGO. 2017  
PROT. N. 16812

N.S. 4272 (2017)

**FATTURA NR. O405892 DEL 31/07/2017 (ART. 73 DPR 633/72)**

Importo totale documento: 30,50 (EUR)  
Importo da pagare: 25,00 (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	ISPEZIONE VISIVA ESTERNA	1.00	N	25,000000	25,00	22,00%	Tipo: Paziente: Testo: 531592 FARMACIA COMUNALE 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
0000011	31/07/2017	1

**Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura**

IVA	Spese acc. (EUR)	Arr. (EUR)	Impon./Importo (EUR)	Imposta (EUR)	Esigibilità
22,00%	0,00	0,00	25,00	5,50	Scissione dei pagamenti

**Pagamento**

**Pagamento completo**

Modalità	Importo (EUR)	Beneficiario	IBAN	Sconto pag. anticipato (EUR)	Penale (EUR)
Bonifico	25,00	Medicair Sud S.r.l.	IT33X0521620500000000003100	0,00	0,00

**Allegati**

Nome	Formato
FA0082017O405892.pdf	.PDF

OK RF

## FATTURA ELETTRONICA - VERSIONE FPA12

Trasmissione nr. S11002M4SH verso  
PADa: IT04513160962 a: UF7FCU  
Formato: FPA12Mittente: MEDICAIR SUD SRL  
Partita IVA: IT07249130969  
Regime fiscale: Ordinario  
Sede: VIA T. TASSO, 29 - 20010 - POGLIANO MILANESE (MI)  
ITIscrizione nel registro delle imprese  
Provincia Ufficio Registro Imprese: MI  
Numero di iscrizione: 1946799  
Capitale sociale: 90000.00  
Stato di liquidazione: non in liquidazioneRecapiti:  
Telefono: 0293282391  
Fax: 0293255176  
E-mail: fatturazionepa@medicair.itCessionario/committente: FARM.COMUNALE DI CAPACI  
Codice Fiscale: 80019740820  
Sede: VIA VITTORIO EMANULE 151/153 - 90040 - CAPACI  
(PA) IT

VII - FARM



N.S. 4273/2017

## FATTURA NR. 0406163 DEL 31/08/2017 (ART. 73 DPR 633/72)

Importo totale documento:

374,65 (EUR)

Importo da pagare:

360,24 (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		AIC:0391102 87 BOMBOLA 200 BAR LT.14 VR ACCIAIO Ossigeno Medicair gas medic.compre sso UN 1072 ossigeno compresso, 2.2(5.1)	1.00	NR	19,960000	19,96	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 531592 FARMACIA COMUNALE Numero: 0.00
2	DM1 200388	AIC:0391101 11 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogen ico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 662243 VARVARA ANTONINO Numero: 0.00
3	DM1 200388	AIC:0391101 11 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogen ico 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

Dettaglio doc.	Cod. articolo	Descrizione	Quantità	Unità misura	Valore unitario (EUR)	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA	Altri dati gestionali
4	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
5	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	

**Documento di trasporto (DDT)**

Numero DDT	Data DDT	Numero linea di fattura
0032248	03/08/2017	1
0032254	04/08/2017	2
0032260	04/08/2017	3
0032379	16/08/2017	4
0032546	30/08/2017	5

**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	360,24	14,41	Scissione dei pagamenti

**Pagamento**

**Pagamento completo**

Modalità	Importo (EUR)	Beneficiario	IBAN	Sconto pag. anticipato (EUR)	Penale (EUR)
Bonifico	360,24	Medicaire Sud S.r.l.	IT33X052162050000 0000003100	0,00	0,00

**Allegati**

Nome	Formato
FA0082017O406163.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](mailto:miriam.zappa@medicair.it)**  
Indirizzo di Posta Elettronica Certificata **[medicairsudsr@legalmail.it](mailto: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](mailto:info@medicair.it) - [www.medicair.it](http://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.



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.....

*Filippo 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	INPS_7185326	Data richiesta	27/06/2017	Scadenza validità	25/10/2017
-------------------	--------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	MEDICAIR SUD S.R.L.
Codice fiscale	07249130969
Sede legale	VIA TORQUATO TASSO 29 POGLIANO MILANESE MI 20010

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', written in a cursive style.

**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**

---