

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: Z0122DA38A

Richiamata la D.D. di Area VII n. 21 del 19/03/2018 R.G. 281 del 23/03/2018 con oggetto: "**Impegno spesa per acquisto di articoli sanitari della Ditta MY BENEFIT Srl. CIG: Z0122DA38A**" con la quale si è provveduto ad impegnare la somma di € 920,00 IVA compresa, per assicurare alla Farmacia Comunale la fornitura di prodotti sanitari e parafarmaci distribuiti dalla ditta MyBenefit S.r.l.;

Visto il documento contabile, prodotto dalla ditta : la **fattura PA** n. 10/01 del 30/03/2018, per un totale imponibile di **euro 469,80** oltre ad **I.V.A.** di **euro 36,33** e per un importo complessivo di **euro 506,13**;

Preso atto del certificato Durc 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. 10/01 del 30/03/2018, per un totale imponibile di **euro 469,80** oltre ad **I.V.A.** di **euro 36,33** e per un importo complessivo di **euro 506,13**;
- 2) **Versare**, a norma dell'art 17-ter del D.P.R. 633/1972 la quota **IVA di € 36,33 (Iva Commerciale)**
- 3) **Imputare** la complessiva spesa di **€ 506,13** sull'impegno **18/117.6** , intervento U.I.03.05.999 capitolo 11830 del bilancio 2017 in formazione

Il Responsabile del procedimento
(D.ssa Marzia Morena)



Marzia Morena

FATTURA N. 10/01

Identificativo trasmittente: IT01879020517 - Progressivo invio: 0004295072 - Formato trasmissione: FPA12

Codice destinatario: UF7FCU

MITTENTE

MY BENEFIT S.R.L.

Identificativo fiscale ai fini IVA: IT03281200364
 Codice fiscale: 03281200364
 VIA G. LEOPARDI, 46/A
 41123 MODENA (MO)
 IT

DESTINATARIO

FARMACIA COMUNALE CAPACI

Identificativo fiscale ai fini IVA: IT00653700823
 Codice fiscale: 80019740820
 VIALE VITTORIO EMANUELE, 153
 90040 CAPACI (PA)
 IT

Tipo documento: Fattura (TD01) Numero: 10/01 Data: 30/03/18 Valuta: EUR Importo totale documento: (*) 506,13 Arrotondamento:

Causale: **FATTURA DIFF. PUBBL.AMM.**

(*) Importo indicato dal fornitore

	Codice (T - V)	Descrizione	Periodo di riferimento (Da - A)	Quantità	Prezzo unitario	SC/ MG	Totale	Iva (%)	Natura
1		Rif. D.D.T. n.792 - del 15/03/2018 -			0,00		0,00	4,00	
2		Da impegn. 1065 del 15/03/2018			0,00		0,00	4,00	
3	CodFornitore PLA.BM	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.70-80KG NR38-42(BLU MEDIO)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
		Dati gestionali:	* Tipo: Lotti, Valore t.: 8-15 qta 2						
4	CodFornitore PLA.BG	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.95-105KG NR42-48(BLU GRANDE)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
		Dati gestionali:	* Tipo: Lotti, Valore t.: 9-15 qta 2						
5	CodFornitore PLA.NP	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.58-70KG NR34-38(NEUTR PICCOLO)		N 3,00	40,50		121,50	4,00	
		Dati gestionali:	* Tipo: Lotti, Valore t.: 10-15 qta 3						
6	CodFornitore PLA.NM	PLANTARE ATTIVO BIONAIF MOD.80-90KG NR38-42(NEUTRO MEDIO)		N 2,00	40,50		81,00	4,00	
		Dati gestionali:	* Tipo: Lotti, Valore t.: 8-15 qta 2						
7	CodFornitore PL.001	DEPLIANT PLANTARE ATTIVO BIONAIF - OMAGGIO		N 50,00	0,00		0,00	22,00	
8	CodFornitore PL.025	LOCANDINA GRANDE CALZABIONAIF		N 1,00	0,00		0,00	22,00	
9	CodFornitore PL.026	LOCANDINA PICCOLA CALZABIONAIF		N 1,00	0,00		0,00	22,00	
10	CodFornitore AGI100	BIO - AGIVEN SPRAY 100 ML		N 12,00	7,95		95,40	22,00	
11		IVA versata dal committente ai sensi dell'art. 17-ter D.P.R. 633/1972 - scissione dei pagamenti			0,00		0,00	4,00	
12		Spese di Trasporto (totale 9,90)			7,85		7,85	4,00	
		Tipo cessione/prestazione: spesa accessoria (AC)							
13		Spese di Trasporto (totale 9,90)			2,05		2,05	22,00	
		Tipo cessione/prestazione: spesa accessoria (AC)							

Alliquota IVA (%)	Arrotondamento e Spese accessorie	Totale Imponibile	Totale Imposta	Natura	Normativa	Esigibilità IVA
4,00	Spese accessorie : 7,85	372,35	14,89			Scissione pagamenti (S)
22,00	Spese accessorie : 2,05	97,45	21,44			Scissione pagamenti (S)
TOTALE						506,13

Pagamento			
Cond./Mod. di pagamento	Decorrenza/termini	Beneficiario/Istituto finanziario	Altri dati

Pagamento completo (TP02)
Bonifico (MP05)
Importo: 469,80

Scadenza: 30/06/18

Istituto finanziario: UNICREDIT SPA
IBAN: IT18N0200866471000100750085
ABI: 02008
CAB: 66471

Dati del terzo intermediario soggetto emittente
Identificativo fiscale ai fini IVA: IT01879020517
Denominazione: Aruba Pec S.p.A.

Ordine di acquisto

Numero linea di riferimento: 4
Identificativo ordine di acquisto: Z6C1A64A2E
Data ordine di acquisto: 15/03/18
Numero linea ordine di acquisto: 2
Codice CIG: Z6C1A64A2E

Ordine di acquisto

Numero linea di riferimento: 7
Identificativo ordine di acquisto: Z6C1A64A2E
Data ordine di acquisto: 15/03/18
Numero linea ordine di acquisto: 5
Codice CIG: Z6C1A64A2E

Ordine di acquisto

Numero linea di riferimento: 10
Identificativo ordine di acquisto: Z6C1A64A2E
Data ordine di acquisto: 15/03/18
Numero linea ordine di acquisto: 8
Codice CIG: Z6C1A64A2E

Documento di trasporto

Numero DDT: 792
Data DDT: 15/03/18
Numero linea di riferimento: 5

Documento di trasporto

Numero DDT: 792
Data DDT: 15/03/18
Numero linea di riferimento: 8

Soggetto emittente la fattura
Soggetto emittente: terzo (TZ)

Ordine di acquisto

Numero linea di riferimento: 5
Identificativo ordine di acquisto: Z6C1A64A2E
Data ordine di acquisto: 15/03/18
Numero linea ordine di acquisto: 3
Codice CIG: Z6C1A64A2E

Ordine di acquisto

Numero linea di riferimento: 8
Identificativo ordine di acquisto: Z6C1A64A2E
Data ordine di acquisto: 15/03/18
Numero linea ordine di acquisto: 6
Codice CIG: Z6C1A64A2E

Documento di trasporto

Numero DDT: 792
Data DDT: 15/03/18
Numero linea di riferimento: 3

Documento di trasporto

Numero DDT: 792
Data DDT: 15/03/18
Numero linea di riferimento: 6

Documento di trasporto

Numero DDT: 792
Data DDT: 15/03/18
Numero linea di riferimento: 9

Ordine di acquisto

Numero linea di riferimento: 3
Identificativo ordine di acquisto: Z6C1A64A2E
Data ordine di acquisto: 15/03/18
Numero linea ordine di acquisto: 1
Codice CIG: Z6C1A64A2E

Ordine di acquisto

Numero linea di riferimento: 6
Identificativo ordine di acquisto: Z6C1A64A2E
Data ordine di acquisto: 15/03/18
Numero linea ordine di acquisto: 4
Codice CIG: Z6C1A64A2E

Ordine di acquisto

Numero linea di riferimento: 9
Identificativo ordine di acquisto: Z6C1A64A2E
Data ordine di acquisto: 15/03/18
Numero linea ordine di acquisto: 7
Codice CIG: Z6C1A64A2E

Documento di trasporto

Numero DDT: 792
Data DDT: 15/03/18
Numero linea di riferimento: 4

Documento di trasporto

Numero DDT: 792
Data DDT: 15/03/18
Numero linea di riferimento: 7

Documento di trasporto

Numero DDT: 792
Data DDT: 15/03/18
Numero linea di riferimento: 10

Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_10781281	Data richiesta	03/03/2018	Scadenza validità	01/07/2018
-------------------	----------------	----------------	------------	-------------------	------------

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.

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: BERTUANDA GENNARO

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

codice fiscale: BRTGNR77M026902 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 RUMIERA NOSTICHEL

Agenzia di:	<u>RUMIERA</u>
Numero di c/c	<u>002100750087</u>
ABI:	<u>03008</u>
CAB:	<u>66471</u>
CIN:	<u>N</u>
COD IBAN	<u>IT1803000866471000100750087</u>

L'è personale delegato/e ad operare è/sono:

BERTUANDA GENNARO

NATO A PORTICI - NA IL 02/08/1977

BRTGNR77M026902 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

NB allegare fotocopia documento di riconoscimento del Legale Rappresentante, attestante la presente dichiarazione

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
Incaricato pro tempore
(D.ssa Marzia Morena)



Morena Marzia

Il Responsabile di Area

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

Dal Municipio _____

IL RESPONSABILE AREA VII^

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
