

Proposta n° 132 Area VII^ Data 15/10/2015		
---	---	--

**COMUNE DI CAPACI**  
PROVINCIA DI PALERMO

**AREA VII^**

Originale di Determinazione dirigenziale

N° <u>556</u> del Reg. Data <u>03-11-2015</u>	<b>OGGETTO</b>	REVOCA D.D.A. N° 116 DEL 21/9/2015 R.G. 522 DEL 6/10/2015 DI LIQUIDAZIONE ALLA DITTA BAYER S.P.A. FATTURA N. 8515134862 DEL 25/06/2015, PER FORNITURA PRODOTTI VARI - CIG: Z2A13CCDF8.
Parte Riservata all'Area II  Bilancio		<b>NOTE</b>
ATTO n. _____ Titolo 1 Funzione12 Servizio5 Intervento 2 Capitolo 11830  Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria  IL RESPONSABILE DELL'AREA II Dott. Giuseppe Fiasconaro		
 <u>26/10/2015</u>		

L'anno duemilaquindici 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. 30/04/1991 n° 10, ai sensi dell'art. 2 della medesima legge, propone l'adozione della presente proposta di determinazione avente ad oggetto: "Revoca D.D.A. n° 116 del 21/9/2015 R.G. 522 del 6/10/2015 di Liquidazione alla Ditta BAYER S.P.A., fattura n. 8515134862 del 25/06/2015, relativa a fornitura Giugno 2015. CIG: Z2A13CCDF8."

**Richiamata** la determinazione del Responsabile Area VII<sup>^</sup> - Racc. Gen. n. 199 del 10/04/2015, avente ad oggetto " Impegno spesa per acquisto di specialità parafarmaci ed altri articoli sanitari della Ditta Bayer S.p.a. CIG: Z2A13CCDF8;"

**Vista** la fattura n. 8515134862 del 25/06/2015 di € **1.939,03** oltre ad I.V.A. di € **228,69** e la nota di credito n. 8715007278 del 25/08/2015 di € **-81,93** oltre ad I.V.A. di € **-8,19**, per un **totale complessivo** di € **1.857,10** al netto della nota di credito oltre ad I.V.A. di € **220,50**, relativamente alle forniture di Giugno 2015 di prodotti vari per la Farmacia Comunale;

**Vista** la nota di credito n. 8715007815 del 05/10/2015 di € **1.857,10** oltre ad I.V.A. di € **220,49**, per un **totale complessivo** di € **2.077,59** a seguito di reso di merce da parte della Farmacia Comunale;

**Visto** il regolamento di contabilità;

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

**Visto** il vigente O.R.EE.LL. in Sicilia;

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

#### PROPONE DI DETERMINARE

Per quanto sopra esposto:

- 1) **Revocare la D.D.A. n° 116 del 21/9/2015 R.G. 522 del 6/10/2015**



Il Responsabile del procedimento  
Capo Ufficio della Farmacia  
(Dott. Claudio Fiorentino)

**FATTURA ELETTRONICA - VERSIONE 1.1**

SOGGETTO EMITENTE: TERZO

**Trasmissione nr. 7872892**

Da: IT97249640588 a: UF7FCU

Formato: SDI11

E-mail: italy.bhc.invoice.not.sent@bayer.com

Mittente: BAYER SpA  
Partita IVA: IT05849130157  
Codice fiscale: 05849130157  
Regime fiscale: Ordinario  
Sede: Viale Certosa 130 - 20156 - Milano (MI) IT

Iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: MI

Numero di iscrizione: 1.042.205

Capitale sociale: 103290000.00

Socio unico

Stato di liquidazione: non in liquidazione

Recapiti:

Telefono: 0239781

Terzo intermediario soggetto emittente:

Cessionario/committente: UF7FCU COMUNE DI  
CAPACIFARMACIA COMUNALE  
Identificativo fiscale ai fini IVA: IT00653700823  
Codice Fiscale: 80019740820  
Sede: VIA VITTORIO EMANUELE, 153 - 90040 - CAPACI (PA)  
IT

PRODOTTORE  
REVENUE  
FROS N° 17058/2015

**NOTA DI CREDITO NR. 8715007815 DEL 05/10/2015**

Importo totale documento:

2.077,59 (EUR)

Importo da pagare entro il 05/10/2015:

1.857,10 (EUR)

Causale: NOTA DI CREDITO SU FATTURA N. 8515134862 DEL 25/06/2015 N. 8515134863 DEL 25/06/2015 MERCE RESA  
FRAZIONAMENTO NON ACCETTATO

**Riassunto dettagli fattura**

Dettaglio doc.	Cod. articolo	Descrizione	Quantità	Valore unitario (EUR)	Sconto/magiorazione	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA
10	SA 3947576	ASPIRINA 400MG 10BUST DB 12AST	1.00	46,260000	Sconto 10,00% Sconto 5,00%	39,55	10,00%
20	SA 80468571	ASPIRINA DOLORE E INFIAM. 500MG 20CPR	24.00	3,620000	Sconto 10,00% Sconto 5,00%	74,28	10,00%
30	SA 80695900	BEPANTHENO L SPRAY 5% 75ML	12.00	8,890000	Sconto 15,00%	90,68	22,00%
40	SA 84232270	BEPANTHENO L UNG. 5% 100 GR IT	16.00	7,100000	Sconto 15,00%	96,56	22,00%
50	SA 80409796	CANESTEN CREMA 1 % 30 G	40.00	6,110000	Sconto 10,00%	219,96	10,00%
70	SA 82139142	EMATONIL PLUS EMULSIONE GEL 50 ML	24.00	5,590000	Sconto 10,00% Sconto 15,00%	102,63	22,00%
100	SA 82255648	LASONIL ANTIDOLORE Ibu10% Gel 50 G IT	30.00	5,670000	Sconto 15,00% Sconto 15,00%	122,89	10,00%
110	SA 80095082	SOBREFLUID 10 FIALE 3 ML AEROSOL	10.00	5,430000	Sconto 5,00%	51,58	10,00%
120	SA 80095090	SOBREFLUID 10 FIALE 4 ML ADULTI	10.00	6,070000		60,70	10,00%
130	SA 81224723	SUPRADYN 15 CPR EFF	10.00	7,210000	Sconto 8,00% Sconto 5,00%	63,01	10,00%
140	SA 84535451	SUPRADYN 15 CPR EFF EXPO BANCO 20 PZ	1.00	144,200000	Sconto 8,00% Sconto 5,00%	126,03	10,00%
150	SA 80112999	SUPRADYN 30 CPR EFF	30.00	11,290000	Sconto 8,00% Sconto 5,00%	296,02	10,00%

Dettaglio doc.	Cod. articolo	Descrizione	Quantità	Valore unitario (EUR)	Sconto/maggiorazione	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA
160	SA 80374810	SUPRADYN 30 CPR RIV	30.00	7,600000	Sconto 8,00% Sconto 5,00%	199,27	10,00%
170	SA 80374950	SUPRADYN 60 CPR RIV	10.00	13,270000	Sconto 8,00% Sconto 5,00%	115,98	10,00%
190	SA 84267627	SUPRADYN VITAL AGE 50+ 15 CPR.EFF IT	30.00	7,550000	Sconto 8,00% Sconto 5,00%	197,96	10,00%

## Dati generali

Tipologia	Documento	Data	CIG
Fatture collegate	8715007815	05/10/2015	

## Documento di trasporto (DDT)

Numero DDT	Data DDT
0084175565	18/08/2015

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

IVA	Impon./Importo (EUR)	Imposta (EUR)	Esigibilità	Rif. normativo
22.00%	289,87	63,77	Scissione dei pagamenti	IVA 22% Scissione dei pagamenti
10.00%	1.567,23	156,72	Scissione dei pagamenti	IVA 10% Scissione dei pagamenti

## Pagamento

## Pagamento completo

Modalità	Importo (EUR)	in (gg)	entro il	Istituto	IBAN	ABI	CAB	BIC
Bonifico	1.857,10	000	05/10/2015	BANCA NAZIONALE DEL LAVORO S.P.A.	IT20D0100501613000000000947	01005	01613	BNLIITRR

## Allegati

Nome	Formato
Accredito	PDF

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<sup>A</sup>  
Direttore della Farmacia  
(Dr. 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<sup>A</sup>  
(Dott. Giuseppe Barone)**

---

**REFERATO 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  
(Dott.ssa Antonella Spataro)**

---