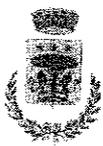


Proposta N <u>133</u>		
Area VII [^]		
Data <u>15/10/2015</u>		

COMUNE DI CAPACI
PROVINCIA DI PALERMO

AREA VII[^]

Originale di Determinazione dirigenziale

N° <u>575</u> del Reg.	OGGETTO	LIQUIDAZIONE ALLA DITTA MEDICAIR SUD S.R.L. FATT: N. 0406675 RELATIVA A FORNITURA DI AGOSTO 2015. GIG: Z84135FD76.
Data <u>16/10/2015</u>		
Parte Riservata all'Area II Bilancio 2015		NOTE
ATTO n. _____ Titolo 1 Funzione 12 Servizio 05 Intervento 2 Capitolo 11830 Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria, <i>previa approvazione NAC approvato.</i> IL RESPONSABILE DELL'AREA II Dott. Giuseppe Fiasconaro <i>[Signature]</i> <u>9/11/2015</u>		<u>Pl. 15/2665</u> <u>02/11/2015</u> <i>[Signature]</i>

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, ha proposto l'adozione della presente proposta di determinazione relativa alla "Liquidazione alla Ditta Medicair Sud S.r.l." con P.I.V.A. IT07249130969, giusta D.D.Area VII[^] di impegno spesa, Racc.Gen.n.122 del 12/03/2015, della fattura n°0406675 del 31/08/2015 di € 425,35 oltre ad I.V.A.di € 17,01, per acquisto ossigeno terapeutico anno 2015, per la farmacia comunale per il mese di Agosto 2015 con CIG assegnato n°: Z84135FD76.

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 alla Ditta Medicaire Sud S.r.l. fattura n. 0406675, relativa a fornitura Agosto 2015, CIG: Z84135FD76;"

Richiamata la Determinazione del Responsabile Area VII[^] n. 122 del 12.03.2015, avente per oggetto "Impegno spesa per acquisto di Ossigeno Terapeutico – anno 2015 – per le forniture della Farmacia Comunale - Ditta Medicaire Sud S.r.l. CIG: Z84135FD76";

Vista la fattura n. 0406675 del 31.08.2015 di € 425,35 oltre I.V.A. di € 17,01, relativa alla fornitura di ossigeno liquido e gassoso per la Farmacia Comunale per il mese di Agosto 2015;

Preso Atto del certificato Durc valido della Ditta Medicaire Sud S.r.l. e della dichiarazione ai sensi della legge 136/2012;

Visto che la merce è stata regolarmente fornita e presa in carico dalla Farmacia Comunale, come da presente attestazione apposta dal farmacista comunale sulle fatture fiscali della ditta creditrice;

Considerato che trattasi di fornitura di beni/servizi che sono utilizzati per fini istituzionali;

Visto il regolamento di contabilità;

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

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

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

PROPONE DI DETERMINARE

Per quanto sopra esposto:

- 1) **Liquidare e pagare** alla Ditta Medicaire Sud S.r.l. Partita IVA IT07249130969, per fornitura di ossigeno liquido e gassoso alla Farmacia Comunale nel mese di Agosto 2015, mediante accredito presso Credito Valtellinese – Ag. RHO – cod. IBAN IT33X052162050000000003100, la seguente fattura n° 0406675 del 31/08/2015 per un totale complessivo di € 425,35 al netto di IVA;
- 2) **Versare** a norma dell'art.17-ter del D.P.R. 633/1972, la quota IVA di € 17,01 relativa alla suddetta fattura; (IVA Commerciale)
- 3) **Imputare** sul Codice 1.12.05.02 Capitolo 11830 del Bilancio 2015 la complessiva spesa di € 442,36, giusto **impegno 15/228.3** assunto con Determinazione del Responsabile Area VII[^], Raccolta Generale n 122 del 12/03/2015.



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

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:
800-838029
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_1458506	Data richiesta	03/11/2015	Scadenza validità	02/03/2016
-------------------	---------------	----------------	------------	-------------------	------------

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 delle Casse Edili per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.

Trasmissione nr. S100013T1M

Da: IT04513160962 a: UF7FCU

Formato: SDI11

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

REGISTRAZIONE N. 02/10/15
 DATA PAGAMENTO 16/07/2015

FATTURA NR. O406675 DEL 31/08/2015 (ART. 73 DPR 633/72)

Importo totale documento:

442,36 (EUR)

Importo da pagare:

425,35 (EUR)

Causale: FATTURA DI VENDITA

Riassunto dettagli fattura

Dettaglio doc.	Descrizione	Quantità	Unità misura	Valore unitario (EUR)	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA	Altri dati gestionali
1	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenic o UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2,2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 599574 COSTA GIUSEPPE
2	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenic o UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2,2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONNA VITO
3	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenic o UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2,2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONNA VITO
4	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenic o UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2,2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 592263 BONADONNA VITO

VISTO PER MERCE...
 [Handwritten signature]
 [Handwritten number: 02020]

Dettaglio doc.	Descrizione	Quantità	Unità misura	Valore unitario (EUR)	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA	Altri dati gestionali
5	AIC:039110111 Contenitore UB 31 lt Ossigeno Medicair gas medic.criogenic o UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2 (5.1)	1.00	NR	85,065000	85,07	4,00%	Tipo: Paziente: Testo: 599574 COSTA GIUSEPPE

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
0043455	04/08/2015	1
0043481	05/08/2015	2
0043653	14/08/2015	3
0043799	24/08/2015	4
0043813	24/08/2015	5

Dati di riepilogo per aliquota IVA a natura

IVA	Spese acc. (EUR)	Arr. (EUR)	Impon./Importo (EUR)	Imposta (EUR)	Esigibilità
4.00%	0,00	0,00	425,35	17,01	Scissione dei pagamenti

Pagamento
Pagamento completo

Modalità	Importo (EUR)	Beneficiario	IBAN	Sconto pag. anticipato (EUR)	Penale (EUR)
Contanti	425,35	Medicair Sud S.r.l.	IT33X0521620500000000003100	0,00	0,00

Allegati

Nome	Formato
FA00820150406675.pdf	.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^
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^
(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
(D.ssa Antonella Spataro)**
