

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 Maggio ,Giugno e Luglio 2018 CIG: ZDD22BDB1C "

Richiamata la D.D. di Area VI n. 16 del 10/03/2018 R.G. 230 del 19/03/2018 con oggetto: "**Impegno spesa per acquisto presso la ditta Medicaire Sud Srl di Ossigeno Terapeutico – anno 2018 – per le forniture della Farmacia Comunale**" con la quale si è provveduto ad impegnare la somma di € 2.600,00 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 documenti contabili ,prodotti dalla ditta : le **fatture** n°O406480 del 31/08/2018, n°O407108 del 30/09/2018 e n°O407938 del 31/10/2018 ,per un totale imponibile di € 681,04 oltre ad **I.V.A** di € 27,24 e per un importo complessivo di € 708,28;

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. 33 l.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 INTESA-SAN PAOLO, ag. RHO - sul Cod. **IBAN IT33J0306920502100000001608**, per i seguenti documenti contabili: le **fatture** n°O406480, n°O407108 e n°O407938, per un totale **imponibile** di € **681,04** oltre ad I.V.A. di € 27,24 e per un importo complessivo di € 708,28.
- 2) Versare**, a norma dell'art 17-ter del D.P.R. 633/1972 la quota **IVA** di € **27,24 (Iva Commerciale)**;
- 3) Imputare** la complessiva spesa di € **708,28** sull'impegno **18/117.2** , missione 13, programma 7, titolo 1, macroaggregato 103, capitolo 11830 del bilancio 2018 .

Il Responsabile del procedimento
(D.ssa Marzia Morena)

Marzia Morena

IL RESPONSABILE DI AREA

FATTURA N. 0406480

Identificativo trasmittente: IT04513160962 - Progressivo invio: S11003R5SL - Formato trasmissione: FPA12

Codice destinatario: UF7FCU

MITTENTE	DESTINATARIO
MEDICAIR SUD SRL Identificativo fiscale ai fini IVA: IT07249130969 VIA T. TASSO, 29 20010 POGLIANO MILANESE (MI) IT	FARM.COMUNALE DI CAPACI Codice fiscale: 80019740820 VIA VITTORIO EMANULE 151/153 90040 CAPACI (PA) IT

Tipo documento: Fattura (TD01)	Numero: 0406480	Data: 31/08/18	Valuta: EUR	Importo totale documento: (*) 177,07	Arrotondamento:
Causale: FATTURA DI VENDITA Prezzo a confezione, al netto del margine per il Farmacista Art. 73 DPR 633/72: SI					

(*) Importo indicato dal fornitore

	Codice (T - V)	Descrizione	Periodo di riferimento (Da - A)	Quantità	Prezzo unitario	SC / MG	Totale	Iva (%)	Natura
1	AICFARMACO 039110111	AIC:039110111 Contenitore UB 31 It Ossigeno Medicaire gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato.2.2(5.1)		NR 1,00	85,129		85,13	4,00	
Dati gestionali:			• Tipo: Paziente. , Valore t.: 592263 BONADONNA VITO , Valore n.: 0.00						
2	AICFARMACO 039110111	AIC:039110111 Contenitore UB 31 It Ossigeno Medicaire gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato.2.2(5.1)		NR 1,00	85,129		85,13	4,00	
Dati gestionali:			• Tipo: Paziente. , Valore t.: 592263 BONADONNA VITO , Valore n.: 0.00						

Aliquota IVA (%)	Arrotondamento e Spese accessorie	Totale imponibile	Totale imposta	Natura	Normativa	Esigibilità IVA
4,00	Arrotondamento: 0,00 Spese accessorie: 0,00	170,26	6,81			Scissione pagamenti (S)
TOTALE						177,07

Pagamento			
Cond./Mod. di pagamento	Decorrenza/termini	Beneficiario/Istituto finanziario	Altri dati
Pagamento completo (TP02) Bonifico (MP05) Importo: 170,26		Beneficiario: Medicaire Sud S.r.l. IBAN: IT33J0306920502100000001608	Pagamento Anticipato Sconto: 0,00 Pagamento Ritardato Penale: 0,00

Ordine di acquisto Identificativo ordine di acquisto: NO ORDINE Data ordine di acquisto: 01/01/15 Codice CIG: ZDD22BDB1C	Documento di trasporto Numero DDT: 0032538 Data DDT: 13/08/18 Numero linea di riferimento: 1	Documento di trasporto Numero DDT: 0032662 Data DDT: 24/08/18 Numero linea di riferimento: 2
---	---	---

Allegati			
	Nome dell'allegato	Compressione	Formato
1	FA0082018O406480.pdf		.PDF

MEDICAIR SUD SRL - Identificativo fiscale ai fini IVA: IT07249130969 - Regime fiscale: Ordinario (RF01)
 Sede: VIA T. TASSO, 29 - 20010 POGLIANO MILANESE (MI) - IT
 Iscrizione REA: MI - 1946799 - Capitale sociale: 90000,00 - Stato liquidazione: non in liquidazione (LN)
 Telefono: 0293282391 - Fax: 0293255176 - E-mail: fatturazionepa@medicaire.it

FATTURA N. 0407108

Identificativo trasmittente: IT04513160962 - Progressivo invio: S110042CUR - Formato trasmissione: FPA12

Codice destinatario: UF7FCU

MITTENTE	DESTINATARIO
MEDICAIR SUD SRL Identificativo fiscale ai fini IVA: IT07249130969 VIA T. TASSO, 29 20010 POGLIANO MILANESE (MI) IT	FARM.COMUNALE DI CAPACI Codice fiscale: 80019740820 VIA VITTORIO EMANULE 151/153 90040 CAPACI (PA) IT

Tipo documento: Fattura (TD01)
 Numero: O407108
 Data: 30/09/18
 Valuta: EUR
 Importo totale documento: (*) 177,07
 Arrotondamento:

Causale: **FATTURA DI VENDITA Prezzo a confezione, al netto del margine per il Farmacista**
 Art. 73 DPR 633/72: SI

(*) Importo indicato dal fornitore

	Codice (T - V)	Descrizione	Periodo di riferimento (Da - A)	Quantità	Prezzo unitario	SC / MG	Totale	Iva (%)	Natura
1	AICFARMACO 039110111	AIC:039110111 Contenitore UB 31 It Ossigeno Medicaïr gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2(5.1)		NR 1,00	85,129		85,13	4,00	
Dati gestionali:			• Tipo: Paziente:, Valore t.: 592263 BONADONNA VITO, Valore n.: 0.00						
2	AICFARMACO 039110111	AIC:039110111 Contenitore UB 31 It Ossigeno Medicaïr gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2(5.1)		NR 1,00	85,129		85,13	4,00	
Dati gestionali:			• Tipo: Paziente:, Valore t.: 592263 BONADONNA VITO, Valore n.: 0.00						

Alliquota IVA (%)	Arrotondamento e Spese accessorie	Totale imponibile	Totale imposta	Natura	Normativa	Esigibilità IVA
4,00	Arrotondamento: 0,00 Spese accessorie: 0,00	170,26	6,81			Scissione pagamenti (S)
TOTALE						177,07

Pagamento			
Cond./Mod. di pagamento	Decorrenza/termini	Beneficiario/Istituto finanziario	Altri dati
Pagamento completo (TP02) Bonifico (MP05) Importo: 170,26		Beneficiario: Medicaïr Sud S.r.l. IBAN: IT33J0306920502100000001608	Pagamento Anticipato Sconto: 0,00 Pagamento Ritardato Penale: 0,00

Ordine di acquisto
 Identificativo ordine di acquisto: NO ORDINE
 Data ordine di acquisto: 01/01/15
 Codice CIG: ZDD22BDB1C

Documento di trasporto
 Numero DDT: 0032770
 Data DDT: 03/09/18
 Numero linea di riferimento: 1

Documento di trasporto
 Numero DDT: 0032910
 Data DDT: 17/09/18
 Numero linea di riferimento: 2

Allegati				
	Nome dell'allegato	Compressione	Formato	Descrizione
1	FA00820180407108.pdf		.PDF	

MEDICAIR SUD SRL - Identificativo fiscale ai fini IVA: IT07249130969 - Regime fiscale: Ordinario (RF01)
 Sede: VIA T. TASSO, 29 - 20010 POGLIANO MILANESE (MI) - IT
 Iscrizione REA: MI - 1946799 - Capitale sociale: 90000,00 - Stato liquidazione: non in liquidazione (LN)
 Telefono: 0293282391 - Fax: 0293255176 - E-mail: fatturazionepa@medicaïr.it

FATTURA N. 0407938

Identificativo trasmittente: IT04513160962 - Progressivo invio: S11004648U - Formato trasmissione: FPA12

Codice destinatario: UF7FCU

MITTENTE	DESTINATARIO
MEDICAIR SUD SRL Identificativo fiscale ai fini IVA: IT07249130969 VIA T. TASSO, 29 20010 POGLIANO MILANESE (MI) IT	FARM.COMUNALE DI CAPACI Codice fiscale: 80019740820 VIA VITTORIO EMANULE 151/153 90040 CAPACI (PA) IT

Tipo documento: Fattura (TD01)
 Numero: 0407938 Data: 31/10/18 Valuta: EUR Importo totale documento: (*) 354,14 Arrotondamento:
 Causale: **FATTURA DI VENDITA Prezzo a confezione, al netto del margine per il Farmacista**
 Art. 73 DPR 633/72: SI

(*) Importo indicato dal fornitore

	Codice (T - V)	Descrizione	Periodo di riferimento (Da - A)	Quantità	Prezzo unitario	SC/ MG	Totale	Iva (%)	Natura
1	AICFARMACO 039110111	Contenitore UB 31 It Ossigeno Medicaïr gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2(5.1)		NR 1,00	85,129		85,13	4,00	
Dati gestionali:			• Tipo: Paziente., Valore t.: 592263 BONADONNA VITO, Valore n.: 0.00						
2	AICFARMACO 039110111	Contenitore UB 31 It Ossigeno Medicaïr gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2(5.1)		NR 1,00	85,129		85,13	4,00	
Dati gestionali:			• Tipo: Paziente., Valore t.: 592263 BONADONNA VITO, Valore n.: 0.00						
3	AICFARMACO 039110111	Contenitore UB 31 It Ossigeno Medicaïr gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2(5.1)		NR 1,00	85,129		85,13	4,00	
Dati gestionali:			• Tipo: Paziente., Valore t.: 686073 DRAGO FRNCESCA, Valore n.: 0.00						
4	AICFARMACO 039110111	Contenitore UB 31 It Ossigeno Medicaïr gas medic.criogenico UN 1073 ossigeno liquido refrigerato,2.2(5.1)		NR 1,00	85,129		85,13	4,00	
Dati gestionali:			• Tipo: Paziente., Valore t.: 592263 BONADONNA VITO, Valore n.: 0.00						

Aliquota IVA (%)	Arrotondamento e Spese accessorie	Totale imponibile	Totale imposta	Natura	Normativa	Esigibilità IVA
4,00	Arrotondamento: 0,00 Spese accessorie: 0,00	340,52	13,62			Scissione pagamenti (S)
TOTALE						354,14

Pagamento			
Cond./Mod. di pagamento	Decorrenza/termini	Beneficiario/Istituto finanziario	Altri dati
Pagamento completo (TP02) Bonifico (MP05) Importo: 340,52		Beneficiario: Medicaïr Sud S.r.l. IBAN: IT33J0306920502100000001608	Pagamento Anticipato Sconto: 0,00 Pagamento Ritardato Penale: 0,00

Ordine di acquisto
 Identificativo ordine di acquisto: NO ORDINE
 Data ordine di acquisto: 01/01/15
 Codice CIG: ZDD22BDB1C

Documento di trasporto
 Numero DDT: 0033073
 Data DDT: 01/10/18
 Numero linea di riferimento: 1

Documento di trasporto
 Numero DDT: 0033228
 Data DDT: 15/10/18
 Numero linea di riferimento: 2

Documento di trasporto
 Numero DDT: 0033381
 Data DDT: 26/10/18
 Numero linea di riferimento: 3

Documento di trasporto
 Numero DDT: 0033394
 Data DDT: 29/10/18
 Numero linea di riferimento: 4

Allegati



Spett.le FARMACIA
COMUNALE DI CAPACI
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 **ANDREA COLOMBO**
nato a **LECCO** provincia **LC** il **20/08/1963**
residente in **VIA FRATELLI ROSSELLI 5**
Comune **LECCO** Provincia **LC**
in qualità di **CONSIGLIERE DELEGATO**
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 **INTESA-SAN PAOLO**
Agenzia **di RHO**
Numero di conto **100000001608**
Intestazione **MEDICAIR SUD SRL**
Codice IBAN **IT33 J 03069 20502 100000001608**



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.	MSCFPP45M21H264V		

Delegato ad operare sul Conto Corrente:

Nome	MARINA	Cognome	BRESSAN
Nata a	RHO	il	08/10/1957
C.F.	BRSMRN57R48H264K		

L'appaltatore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13/06/2010, n. 136 e successive modifiche e integrazioni, consapevole che il mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, oltre alle sanzioni specifiche, comporta la nullità assoluta del contratto nel caso di mancato utilizzo del bonifico bancario ovvero degli strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

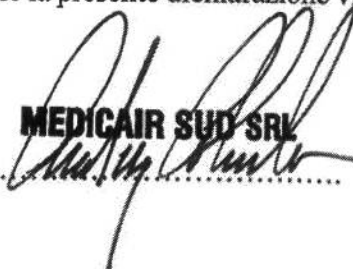
L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la stazione appaltante dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore-subcontraente) agli obblighi di tracciabilità di cui all'art. 3 legge 136/2010.

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.

Pogliano Milanese, 12 OTT. 2018

Firma.....

MEDICAIR SUD SRL



Durc On Line

Numero Protocollo	INAIL_13524902	Data richiesta	20/10/2018	Scadenza validità	17/02/2019
-------------------	----------------	----------------	------------	-------------------	------------

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.

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 VI
(D.ssa Marzia Morena)

Marzia Morena

**Il Responsabile di Area
(D.ssa Marzia Morena)**

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

Dal Municipio _____

IL RESPONSABILE AREA VI^
(D.ssa Marzia Morena)

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
