

FATTURA ELETTRONICA

Totale Lotto di fatture: **825.00**

Totale imponibile: **750.00**

Totale IVA: **75.00**

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01533080675**

Progressivo di invio: **002HI**

Formato Trasmissione: **FPA12**

Codice Amministrazione destinataria: **UFS0AF**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT00735160392**

Codice fiscale: **00735160392**

Denominazione: **Pollini Stefano e Giuseppe Autoservizi S.n.c.**

Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **Via Tramvia, 54**

CAP: **48011**

Comune: **Alfonsine**

Provincia: **RA**

Nazione: **IT**

Recapiti

Telefono: **0544 81027**

Fax: **0544 866063**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **80071270377**

Denominazione: **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA**

Dati della sede

Indirizzo: **VIA GRAMSCI N. 2/A**

CAP: **40059**

Comune: **MEDICINA**

Provincia: **BO**

Nazione: **IT**

Dati del terzo intermediario soggetto emittente

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01533080675**

Denominazione: **Alias Group S.r.l.**

Soggetto emittente la fattura

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)

Valuta importi: **EUR**

Data documento: **2024-09-11** (11 Settembre 2024)

Numero documento: **68/S**

Importo totale documento: **825.00**

Causale: **Prestazione di Serv.**

Causale: **Iva da versare a cura del cessionario o committente ai sensi dell'art. 17-ter del D.P.R. n. 633/1972 (scissione dei pagamenti)**

Dati dell'ordine di acquisto

Numero linea di fattura a cui si riferisce: **1**

Identificativo ordine di acquisto: **8033753**

Data ordine di acquisto: **2024-08-30** (30 Agosto 2024)

Codice Unitario Progetto (CUP): **I74C24000020001**

Codice Identificativo Gara (CIG): **B2E3F07181**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **Il 05/09/2024 effettuato servizio con partenza da Medicina per Lido di Spina e rientro**

Quantità: **1.00000000**

Unità di misura: .

Valore unitario: **750.00000000**

Valore totale: **750.00000000**

IVA (%): **10.00**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **10.00**

Totale imponibile/importo: **750.00**

Totale imposta: **75.00**

Esigibilità IVA: **S** (scissione dei pagamenti)

Riferimento normativo: **IVA 10%**

Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)

Decorrenza termini di pagamento: **2024-09-11** (11 Settembre 2024)

Data scadenza pagamento: **2024-11-11** (11 Novembre 2024)

Importo: **750.00**

Istituto finanziario: **LA CASSA DI RAVENNA ALFONSINE**

Codice IBAN: **IT62K0627067480CC0030009703**

Codice ABI: **06270**

Codice CAB: **67480**

Codice BIC: **CRRAIT2RXXX**