

FATTURA ELETTRONICA

Totale Lotto di fatture: **2233.04**

Totale imponibile: **1830.36**

Totale IVA: **402.68**

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT10209790152**

Progressivo di invio: **8283298**

Formato Trasmissione: **FPA12**

Codice Amministrazione destinataria: **UFS0AF**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT04715400729**

Codice fiscale: **04715400729**

Denominazione: **GRUPPO GIODICART SRL**

Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **S.P. 130 TRANI-ANDRIA**

Numero civico: **KM 0,900**

CAP: **76125**

Comune: **TRANI**

Provincia: **BT**

Nazione: **IT**

Dati della stabile organizzazione

Indirizzo: **SP 130 TRANI -ANDRIA KM 0,900**

CAP: **76125**

Comune: **TRANI**

Provincia: **BT**

Nazione: **IT**

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **BA**

Numero di iscrizione: **330745**

Capitale sociale: **3000000.00**

Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

Recapiti

Telefono: **0883494847**

Fax: **0883494848**

E-mail: info@gruppogiodicart.it

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **80071270377**

Denominazione: **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA**

Dati della sede

Indirizzo: **GRAMSCI, 2/A**

CAP: **40059**

Comune: **MEDICINA**

Provincia: **BO**

Nazione: **IT**

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD24** (fattura differita - art.21 c.4 lett. a)

Valuta importi: **EUR**

Data documento: **2024-10-31** (31 Ottobre 2024)

Numero documento: **4435/P**

Importo totale documento: **2233.04**

Dati dell'ordine di acquisto

Identificativo ordine di acquisto: **8075541**

Data ordine di acquisto: **2024-09-25** (25 Settembre 2024)

Codice Identificativo Gara (CIG): **B32E170001**

Dati del documento di trasporto

Numero DDT: **13254**

Data DDT: **2024-10-22** (22 Ottobre 2024)

Numero linea di fattura a cui si riferisce: **3**

Numero DDT: **13254**

Data DDT: **2024-10-22** (22 Ottobre 2024)

Numero linea di fattura a cui si riferisce: **4**

Dati relativi al trasporto

Altri dati

Indirizzo di resa: **VIA FLOSA N. 95**

CAP indirizzo di resa: **40059**

Comune di resa: **MEDICINA**

Provincia di resa: **BO**

Nazione di resa: **IT**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **D.D.T. 13254 del 22-10-2024**

Valore unitario: **0.00**

Valore totale: **0.00**

IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 2

Descrizione bene/servizio: **ORDINE NR. OG 34178 DEL 26-09-2024 SCUOLA INFANZIA SUCC. CALZA VIA FLOSA N. 95 40059 MEDICINA (BO)**

Valore unitario: **0.00**

Valore totale: **0.00**

IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 3

Descrizione bene/servizio: **MATERASSINO BICOLORE GIA/AR - VER/LIME IN SOSTITUZIONE DELL'ART. 4750.90 FUORI PRODUZIONE *******

Quantità: **3.00**

Unità di misura: **Pezzi**

Valore unitario: **261.48**

Valore totale: **784.44**

IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 4

Descrizione bene/servizio: **MATERASSINO BICOLORE AZZ/ACQ - PRU/CREMA IN SOSTITUZIONE DELL'ART.**

4750.95 FUORI PRODUZIONE *****

Quantità: **4.00**

Unità di misura: **Pezzi**

Valore unitario: **261.48**

Valore totale: **1045.92**

IVA (%): **22.00**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **22.00**

Totale imponibile/importo: **1830.36**

Totale imposta: **402.68**

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

Riferimento normativo: **IVA 22%**

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)

Data scadenza pagamento: **2024-11-30** (30 Novembre 2024)

Importo: **1830.36**

Istituto finanziario: **UNICREDIT S.P.A.**

Codice IBAN: **IT78L0200841721000101352757**

Codice ABI: **02008**

Codice CAB: **41721**