

# 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**