

FATTURA ELETTRONICA

Totale Lotto di fatture: **73.20**
Totale imponibile: **60.00**
Totale IVA: **13.20**

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT05006900962**
Progressivo di invio: **jvubxkfnq**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **UFS0AF**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT03722600370**
Codice fiscale: **BVNCST65M52I191J**
Denominazione: **BOVINA CRISTINA**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **VIA PUNTA**
Numero civico: **17**
CAP: **40132**
Comune: **BOLOGNA**
Provincia: **BO**
Nazione: **IT**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **80071270377**
Denominazione: **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA**

Dati della sede

Indirizzo: **VIA GRAMSCI**
Numero civico: **2/a**
CAP: **40059**
Comune: **MEDICINA**
Provincia: **BO**
Nazione: **IT**

Dati del terzo intermediario soggetto emittente

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02235980378**
Codice Fiscale: **02235980378**
Denominazione: **CNA SERVIZI BOLOGNA SCRL**

Soggetto emittente la fattura

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2024-06-30** (30 Giugno 2024)
Numero documento: **77**
Importo totale documento: **73.20**

Dati dell'ordine di acquisto

Numero linea di fattura a cui si riferisce: **10**
Identificativo ordine di acquisto: **prot. n. 6895**
Codice commessa/convenzione: **offerta del 21/06/24**
Codice Identificativo Gara (CIG): **B23063578F**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 10

Descrizione bene/servizio: **SERVIZIO FORNITO IN DATA 26/06/2024 PER SMALTIMENTO RIFIUTO CARTACEO**
Quantità: **1.00000000**
Unità di misura: **NR**
Valore unitario: **60.00000000**
Valore totale: **60.00000000**
IVA (%): **22.00**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **22.00**
Totale imponibile/importo: **60.00**
Totale imposta: **13.20**
Esigibilità IVA: **S** (scissione dei pagamenti)

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)
Decorrenza termini di pagamento: **2024-06-30** (30 Giugno 2024)
Termini di pagamento (in giorni): **30**
Data scadenza pagamento: **2024-07-30** (30 Luglio 2024)
Importo: **60.00**
Codice IBAN: **IT46F0538702403000001180834**

Dati relativi agli allegati

Nome dell'allegato: **STAMPA_DOC_BFOIEJHJZK0000002002.PDF**
Formato: **PDF**
Descrizione: **FA 77 ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA**