

FATTURA ELETTRONICA

Totale Lotto di fatture: **208.00**
Totale imponibile: **175.00**
Totale IVA: **33.00**

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT08245660017**
Progressivo di invio: **488981**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **UFPOZ7**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02919710174**
Codice fiscale: **02919710174**
Denominazione: **SMAO SRL**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **VIA GALVANI N.4**
CAP: **25010**
Comune: **SAN ZENO NAVIGLIO**
Provincia: **BS**
Nazione: **IT**

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **BS**
Numero di iscrizione: **BS-304725**
Numero soci: **SM** (più soci)
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

Recapiti

Telefono: **0303539314**
Fax: **0303539317**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **88003290173**

Denominazione: **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE D VEROLANUOVA**

Dati della sede

Indirizzo: **VIA ROVETTA, 19**

CAP: **25028**

Comune: **VEROLANUOVA**

Provincia: **BS**

Nazione: **IT**

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD24** (fattura differita - art.21 c.4 terzo periodo lett. a - DPR 633/72)

Valuta importi: **EUR**

Data documento: **2026-03-31** (31 Marzo 2026)

Numero documento: **24 /PA**

Importo totale documento: **208.00**

Causale: **Fattura Cliente**

Dati dell'ordine di acquisto

Identificativo ordine di acquisto: **CIG: B9E73757B5**

Codice Identificativo Gara (CIG): **B9E73757B5**

Dati del documento di trasporto

Numero DDT: **104283**

Data DDT: **2026-03-31** (31 Marzo 2026)

Numero linea di fattura a cui si riferisce: **1 , 2 , 3 , 4 , 5**

Dati relativi al trasporto

Altri dati

Indirizzo di resa: **VIA ROVETTA, 19**

CAP indirizzo di resa: **25028**

Comune di resa: **VEROLANUOVA**

Provincia di resa: **BS**

Nazione di resa: **IT**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **CARTELLA SANITARIA**
Quantità: **1.00**
Unità di misura: **N.**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**
IVA (%): **22.00**

Altri dati gestionali

Tipo dato: **CIG**
Valore testo: **B9E73757B5**

Nr. linea: 2

Descrizione bene/servizio: **DIRITTI DI SEGRETERIA**
Quantità: **1.00**
Unità di misura: **N.**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**
IVA (%): **22.00**

Altri dati gestionali

Tipo dato: **CIG**
Valore testo: **B9E73757B5**

Nr. linea: 3

Descrizione bene/servizio: **ONERI DIVERSI, SPESE VARIE E D'INCASSO**
Quantità: **1.00**
Unità di misura: **N.**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**
IVA (%): **22.00**

Altri dati gestionali

Tipo dato: **CIG**
Valore testo: **B9E73757B5**

Nr. linea: 4

Descrizione bene/servizio: **RESP.MEDICO/RELAZ.SAN./RDB/NOMINA ANNUALE**
Quantità: **1.00**
Unità di misura: **N.**
Valore unitario: **150.00**
Valore totale: **150.00**
IVA (%): **22.00**

Altri dati gestionali

Tipo dato: **CIG**
Valore testo: **B9E73757B5**

Nr. linea: 5

Descrizione bene/servizio: **VISITA MEDICA**
Quantità: **1.00**
Unità di misura: **N.**
Valore unitario: **25.00**
Valore totale: **25.00**
IVA (%): **0.00**
Natura operazione: **N4** (esenti)

Altri dati gestionali

Tipo dato: **CIG**
Valore testo: **B9E73757B5**

Nr. linea: 6

Descrizione bene/servizio: **CIG: B9E73757B5**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**
IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 7

Descrizione bene/servizio: **SCISSIONE DEI PAGAMENTI EX ART 17 TER DPR 633/72**
Valore unitario: **0.00**
Valore totale: **0.00**
IVA (%): **22.00**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **22.00**
Totale imponibile/importo: **150.00**
Totale imposta: **33.00**
Esigibilità IVA: **S** (scissione dei pagamenti)
Riferimento normativo: **22% - GENERICO**

Aliquota IVA (%): **0.00**
Natura operazioni: **N4** (esenti)
Totale imponibile/importo: **25.00**
Totale imposta: **0.00**
Riferimento normativo: **ESENTE ART.10 N.18/19**

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Modalità: **MP05** (bonifico)
Decorrenza termini di pagamento: **2026-03-31** (31 Marzo 2026)
Termini di pagamento (in giorni): **61**
Data scadenza pagamento: **2026-05-31** (31 Maggio 2026)
Importo: **175.00**
Istituto finanziario: **BCC AGROBRESCIANO SOC. COOP.**
Codice IBAN: **IT85K0857555210000000802094**
Codice ABI: **08575**
Codice CAB: **55210**
Codice BIC: **ICRAITMMFZO**

Dati relativi agli allegati

Nome dell'allegato: **FT-SP_SM_00029877_1.3.4.24_31032026.PDF**
Formato: **PDF**
Descrizione: **FATTURA n. 24 /PA del 31/03/2026**