DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DELLA S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI

N 1616 del 09 AGO. 2017

OGGETTO: Liquidazione fattura ditta Muceli Nino € 2.924,02 Iva compresa. –

Codice CIG 6033660DBB

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" a partire dal 09 AGO. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

IL DIRETTORE DELLA S.C. A.B.S.

Premesso che con delibera n.414 del 18.03.2015 è stata aggiudicata la procedura mediante acquisto in economia ex art. n.125 del D.Lgs. N. 163/06 per la fornitura del servizio di ritiro , trasporto,smaltimento rifiuti dell'Azienda Ospedaliera " G. Brotzu" per tre anni alla ditta Muceli Nino;

Verificato che il quantitativo di materiale da smaltire preventivato nella delibera sopra citata è stato superato ;

Vista la nota prot. 1278/mds 5.15 del 07.07.2017 che si allega in copia alla presente per farne parte integrante e sostanziale (All. A fg.n.2), con la quale il Direttore Medico Ospedale Pediatrico Microcitemico ,trasmette la fattura della ditta Muceli Nino, debitamente firmata per regolare prestazione ,relativamente al ritiro , trasporto , smaltimento rifiuti nel mese di Marzo 2017;

Vista la fattura della ditta Muceli Nino n.003/000039 del 31.03.2017 di € 2.924,02 Iva compresa che si allega in copia alla presente per farne parte integrante e sostanziale (All. A fg.n. 4) , debitamente riscontrata , attestante la regolare prestazione , relativamente al ritiro dei rifiuti del 24 e 31.03.2017;

Segue determinazione n. 1616 del 09 AGO. 2017

Ritenuto pertanto di dover disporre la liquidazione della fattura di cui all' "A" al fine di evitare ulteriori oneri a carico dell'Amministrazione;

Viste la L.R. n. 10/ 06 ed il D. Lgs. n. 50/2016;

D E T E R M I N A

1. di liquidare la fattura della ditta Muceli Nino n.003/000039 del 31.03.2017 di € 2.924,02 Iva compresa , dando atto che la spesa sarà imputata al numero di conto A506010111- centro di costo 300004;
2. di autorizzare il Servizio Economico - Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento;

IL DIRETTORE DELLA S.C. A.B.S.

Dott.ssa Agnese Foddis

Servizio Acquisti Beni e Servizi
Resp. Sett. Acq. Serv. e Liq. Fatture Dr. Davide Massacci
Ass. Amm.vo Mauro Melas

AO Brotzu

ALL' ___ Pag. N. ___ di Fg. ___

DIREZIONE MEDICA
OSPEDALE PEDIATRICO MICROCITEMICO
ANTONIO CAO

Sistema Sanitario
Regione Sardegna

ALL" A "Pag. N. 1 di Fg. 2

Prot. 1278/mds 5.15

Cagliari, 07/07/2017

Ill.mo Sig. Resp. Settore Acquisti Beni e Servizi
Liquidazione Fatture
Dott. Davide Massacci
AO Brotzu

c.a. Rosa Pugliese

OGGETTO: Richiesta attestazione regolare fornitura.

In esito alla Vs. nota Prot. 687 del 30.06.2017 si trasmettono in allegato le fatture n°003/000037 e n°003/000039 del 31.03.2017 relative alla Ditta Muceli Nino debitamente timbrate e firmate.

Distinti saluti

Il Direttore Medico
Ospedale Pediatrico Microcitemico
Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari
P.iva: 02315520920

Direzione Medica
Ospedale Pediatrico Microcitemico
tel. 070 6095528
fax 070 6097911
mail: dirsan.micro@aob.it

Ospedale Pediatrico Microcitemico
Antonio Cao
Via Jenner sn
09121 - Cagliari

ALL. A Pag. N. 2 di Pg. 2

Prot. n. 287 del 30-06-2017

Spett.le
Direzione Sanitaria Microcitemico
Sede

Oggetto: Richiesta attestazione regolare fornitura.

Si trasmettono, allegate alla presente in originale, le fatture di seguito indicate, con preghiera di volerle restituire con cortese sollecitudine a questo Servizio, debitamente corredate dei riscontri:

- ☐ Bolle di carico e/o di consegna;
- ☒ Attestazione di regolare esecuzione della prestazione, timbro e firma del Responsabile del Servizio competente;
- ☐ Numero di delibera di assegnazione della fornitura/servizio/lavoro;

Nominativo Ditta	Numero Fattura	Data	Importo
EVOLVE	122	31/03/2017	55.961,16
EVOLVE	123	31/03/2017	2.689,87
EVOLVE	124	31/03/2017	4.879,76
EVOLVE	125	31/03/2017	16.037,07
MUCELI NINO	003/000039	31/03/2017	2.924,02
MUCELI NINO	003/000037	31/03/2017	2.886,65
MILL - ROM	149 60	23.03.2017	3.109,80

Cordiali saluti

Il Responsabile Settore Acquisizione
Servizi e Liquidazione Fatture
Dott. Davide Massacci

FATTURA ELETTRONICA

ALL" B "Pag. N. 1 di Fg. 4

Versione FPA12

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **ITMCLNNI54A19D859X**
Progressivo di invio: **003D000039**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **FIEFE2**
Telefono del trasmittente: **0782628170**
E-mail del trasmittente: **dittamuceli@sardarmp.it**

12733 | 24.04.2017
7045 | A5060 10 111

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT00701500910**
Codice fiscale: **MCLNNI54A19D859X**
Denominazione: **DITTA MUCELI NINO**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **VIA MARCONI**
Numero civico: **124**
CAP: **08045**
Comune: **LANUSEI**
Provincia: **OG**
Nazione: **IT**

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **OG**
Numero di iscrizione: **45526**
Numero soci: **SU** (socio unico)
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

OK

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02315520920**
Codice Fiscale: **02315520920**
Denominazione: **AZIENDA OSPEDALIERA G.BROTZU**

Dati della sede

Indirizzo: **PIAZZALE RICCHI N. 1**
CAP: **09134**
Comune: **CAGLIARI**
Provincia: **CA**
Nazione: **IT**

Versione prodotta con foglio di stile Sdi www.fatturapa.gov.it

Versione FPA12

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)

Valuta importi: EUR
Data documento: 2017-03-31 (31 Marzo 2017)
Numero documento: 003/000039
Importo totale documento: 2924.02

ALL" B "Pag. N. 2 di Fg. 4

Dati del contratto

Numero linea di fattura a cui si riferisce: 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9
Identificativo contratto: 414
Data contratto: 2015-03-18 (18 Marzo 2015)
Codice Identificativo Gara (CIG): 6033660DBB

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Codifica articolo

Tipo: CER
Valore: 160604
Descrizione bene/servizio: BATTERIE ALCALINE (TRANNE 160603)
Quantitï¿œï¿œ: 7.40
Unitï¿œï¿œ di misura: KG
Valore unitario: 1.10
Valore totale: 8.14
IVA (%): 22.00

Nr. linea: 2

Codifica articolo

Tipo: ADDEBITO
Valore: -
Descrizione bene/servizio: COSTO DI TRASPORTO
Quantitï¿œï¿œ: 1.00
Unitï¿œï¿œ di misura: NR
Valore unitario: 300.00
Valore totale: 300.00
IVA (%): 22.00

Nr. linea: 3

Codifica articolo

Tipo: CER
Valore: 160213
Descrizione bene/servizio: APPARECCHIATURE FUORI USO, CONTENENTI COMPO-
Quantitï¿œï¿œ: 60.00
Unitï¿œï¿œ di misura: KG
Valore unitario: 1.30
Valore totale: 78.00
IVA (%): 22.00

Nr. linea: 4

Codifica articolo

Tipo: CER
Valore: 200123
Descrizione bene/servizio: APPARECCHIATURE FUORI USO CONTENENTI CLORO-
Quantitï¿œï¿œ: 260.00
Unitï¿œï¿œ di misura: KG
Valore unitario: 1.79
Valore totale: 465.40
IVA (%): 22.00

Nr. linea: 5

Codifica articolo

Tipo: CER
Valore: 200307
Descrizione bene/servizio: RIFIUTI INGOMBRANTI
Quantitï¿œï¿œ: 1280.00
Unitï¿œï¿œ di misura: KG

Valore unitario: **0.64**
Valore totale: **819.20**
IVA (%): **22.00**

ALL. B Pag. N. 3 di Pg. 4

Nr. linea: 6

Codifica articolo

Tipo: **CER**
Valore: **160214**
Descrizione bene/servizio: **APPARECCHIATURE FUORI USO, DIVERSE DA QUELLE**
Quantitï¿œï¿œ: **180.00**
Unitï¿œï¿œ di misura: **KG**
Valore unitario: **0.70**
Valore totale: **126.00**
IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 7

Codifica articolo

Tipo: **ADDEBITO**
Valore: **-**
Descrizione bene/servizio: **COSTO DI TRASPORTO**
Quantitï¿œï¿œ: **1.00**
Unitï¿œï¿œ di misura: **NR**
Valore unitario: **350.00**
Valore totale: **350.00**
IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 8

Codifica articolo

Tipo: **ADDEBITO**
Valore: **-**
Descrizione bene/servizio: **ONERI DI SICUREZZA**
Quantitï¿œï¿œ: **1.00**
Unitï¿œï¿œ di misura: **NR**
Valore unitario: **50.00**
Valore totale: **50.00**
IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 9

Codifica articolo

Tipo: **ADDEBITO**
Valore: **-**
Descrizione bene/servizio: **CONFEZIONAMENTO, MOVIMENTAZIONE CON DUE**
Quantitï¿œï¿œ: **1.00**
Unitï¿œï¿œ di misura: **NR**
Valore unitario: **200.00**
Valore totale: **200.00**
IVA (%): **22.00**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **22.00**
Totale imponibile/importo: **2396.74**
Totale imposta: **527.28**
Esigibilitï¿œï¿œ IVA: **S** (scissione dei pagamenti)

Dati relativi al pagamento

DIRETTORE SANITARIO
OSP. MICROCITEMICO
Dott. M. Gabriella Nardi

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

Dettaglio pagamento

Modalitï¿œï¿œ: **MP05** (bonifico)
Data scadenza pagamento: **2017-05-31** (31 Maggio 2017)
Importo: **2396.74**
Codice IBAN: **IT92T0306985331100000000101**

ALL" B " Pag. N. 4 di Fg. 4

Dati relativi agli allegati

Nome dell'allegato: RIEPILOGO.pdf

Versione prodotta con foglio di stile SdI www.fatturapa.gov.it