

# FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**  
Progressivo di invio: **0003675059**  
Formato Trasmissione: **FPA12**  
Codice Amministrazione destinataria: **UFE0P7**

## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT00591550702**  
Codice fiscale: **00591550702**  
Denominazione: **CTS COPISTERIA SAS DI CENCI TONINA C.**  
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

### Dati della sede

Indirizzo: **VIA MARINELLI, 2**  
CAP: **86025**  
Comune: **RIPALIMOSANI**  
Provincia: **CB**  
Nazione: **IT**

### Recapiti

Telefono: **081 361523**

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

Codice Fiscale: **80001490707**  
Denominazione: **CONSIGLIO REGIONALE DEL MOLISE**

### Dati della sede

Indirizzo: **TRAVERSA VIA CRISPI**  
CAP: **86100**  
Comune: **CAMPOBASSO**  
Provincia: **CB**  
Nazione: **IT**

## Dati del terzo intermediario soggetto emittente

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01879020517**  
Denominazione: **Aruba Pec S.p.A.**

## Soggetto emittente la fattura

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2017-11-30** (30 Novembre 2017)  
Numero documento: **138**  
Importo totale documento: **488.00**  
Causale: **VENDITA**

## Dati dell'ordine di acquisto

Identificativo ordine di acquisto: **0**  
Codice Identificativo Gara (CIG): **Z19166E4A9**

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

### *Nr. linea: 1*

Descrizione bene/servizio: **OKI MC 851 MESE DI NOVEMBRE CANONE DI NOLEGGIO N. 25**  
Quantità: **1.00000000**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **400.00000000**  
Valore totale: **400.00000000**  
IVA (%): **22.00**

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **22.00**  
Arrotondamento: **0.00000000**  
Totale imponibile/importo: **400.00**  
Totale imposta: **88.00**  
Esigibilità IVA: **S** (scissione dei pagamenti)  
Riferimento normativo: **IVA DA VERSARE A CURA DEL CESSIONARIO O COMMITTENTE AS SENSI ART. 17 - TER. DEL DPR N. 633/1972**

## Dati relativi al pagamento

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

### *Dettaglio pagamento*

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Decorrenza termini di pagamento: **2017-11-30** (30 Novembre 2017)  
Termini di pagamento (in giorni): **31**  
Data scadenza pagamento: **2017-12-31** (31 Dicembre 2017)  
Importo: **400.00**  
Istituto finanziario: **BANCA NAZIONALE DEL LAVORO SPA - AGENZIA DI CAMPOBASSO**  
Codice IBAN: **IT97R010050380000000001993**  
Codice ABI: **01005**  
Codice CAB: **03800**