

FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT04030410288**
Progressivo di invio: **ALB1126590**
Formato Trasmissione: **FPA12**
Codice Amministrazione destinataria: **UFE0P7**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT00914650940**
Codice fiscale: **CLZVNT81E67E335W**
Nome: **VALENTINA**
Cognome: **COLOZZA**
Titolo: **DOTT.SSA**
Albo professionale di appartenenza: **ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI**
Provincia di competenza dell'Albo: **IS**
Numero iscrizione all'Albo: **881**
Data iscrizione all'Albo: **2007-09-06** (06 Settembre 2007)
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **VIA LEONARDO DA VINCI**
Numero civico: **5**
CAP: **86170**
Comune: **ISERNIA**
Provincia: **IS**
Nazione: **IT**

Recapiti

E-mail: **vale.colozza@gmail.com**

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **80001490707**
Denominazione: **Consiglio Regionale del Molise**

Dati della sede

Indirizzo: **VIA IV NOVEMBRE**
Numero civico: **87**
CAP: **86100**
Comune: **CAMPOBASSO**
Provincia: **CB**
Nazione: **IT**

Dati del terzo intermediario soggetto emittente

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT02046570426**
Denominazione: **Namirial SPA**

Soggetto emittente la fattura

Soggetto emittente: **TZ** (terzo)

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**
Data documento: **2017-09-06** (06 Settembre 2017)
Numero documento: **4/PA**
Importo totale documento: **1750.00**

Ritenuta

Tipologia ritenuta: **RT01** (ritenuta persone fisiche)
Importo ritenuta: **350.00**
Aliquota ritenuta (%): **20.00**
Causale di pagamento: **A** (decodifica come da modello 770S)

Bollo

Bollo virtuale: **SI**
Importo bollo: **2.00**

Dati del contratto

Numero linea di fattura a cui si riferisce: **1**
Identificativo contratto: **AFFIDAMENTO**
Codice Identificativo Gara (CIG): **Z8B19308E5**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Descrizione bene/servizio: **ATTIVITA' MEDICO COMPETENTE TRIMESTRE 08/06/2017 - 08/09/2017.**
Valore unitario: **1750.00**
Valore totale: **1750.00**
IVA (%): **0.00**
Soggetta a ritenuta: **SI**
Natura operazione: **N4** (esente)

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**
Natura operazioni: **N4** (esenti)
Totale imponibile/importo: **1750.00**
Totale imposta: **0.00**
Riferimento normativo: **ART. 10 DPR 633/1972**

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Beneficiario del pagamento: **VALENTINA COLOZZA**
Modalità: **MP05** (bonifico)
Importo: **1400.00**
Istituto finanziario: **UNICREDIT S.P.A.**
Codice IBAN: **IT35C0200815603000400782075**