



Ordine n° 18 del 29/03/2019

IMPORTANTE: Si prega di inserire sempre nella Fattura Elettronica i seguenti riferimenti:

Codice Ufficio	<CodiceDestinatario>	GQ0CWR
Id Documento	<DatiOrdineAcquisto><IdDocumento>	DG2935912

Riga	Codice CUP	Codice CIG	Codice Articolo
	<DatiOrdineAcquisto><CodiceCUP>	<DatiOrdineAcquisto><CodiceCIG>	<CodiceArticolo><CodiceValore>
1		Z9627CE64D	C020
2		Z9627CE64D	C020
3		Z9627CE64D	C020
4		Z9627CE64D	C020
5		Z9627CE64D	C020
6		Z9627CE64D	C020
7		Z9627CE64D	C020
8		Z9627CE64D	C020



Spett.le Impresa individuale Bongianti Silvia

Via Val Maira, 18

00141 ROMA (RM) ITALIA

C.F. BNGSLV68L51H501T

P.IVA IT10788691003

Ordine

NUMERO ORDINE	DATA ORDINE	CIG
18	29/03/2019	

Citare il numero ordine su fatture, comunicazioni e imballaggi

VALUTA		EUR	RIF PREVENTIVO					
	DESCRIZIONE	QTA'	PREZZO UNITARIO €	PREZZO TOTALE €	SCONTO €	ALIQ. IVA	IMPORTO IVA	TOTALE €
1	TONER PER SAMSUNG SCX 3200	10	75,5000	755,00	0,00	22,00	166,10	921,10
2	CAVI UTP	10	18,5000	185,00	0,00	22,00	40,70	225,70
3	CAVI UTP - SE3	10	26,5000	265,00	0,00	22,00	58,30	323,30
4	CARTELLINE CON FINESTRA	500	0,3500	175,00	0,00	22,00	38,50	213,50
5	ETICHETTE PER LASER	10	7,5000	75,00	0,00	22,00	16,50	91,50
6	CUCITRICE ALTI SPESSORI RAPID DUAX	1	325,0000	325,00	0,00	22,00	71,50	396,50
7	CONFEZIONE PUNTI PER CUCITRICE RAPID DUAX	20	14,2500	285,00	0,00	22,00	62,70	347,70
8	CAVO DI SICUREZZA CON CHIAVE LENOVO	3	69,9000	209,70	0,00	22,00	46,13	255,83

CODICE IVA	IMPONIBILE NETTO €	AMMONTARE IVA €
I103B - IVA al 22% (ist.le)	2.274,70	500,43
	TOTALE PREZZO €	2.274,70
	TOTALE SCONTO €	0,00
	TOTALE IMPONIBILE €	2.274,70
	TOTALE IVA €	500,43
	TOTALE FISCALE ORDINE €	2.775,13

INDIRIZZO CONSEGNA	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA PIETRO VALDONI
MODALITA' E DATA CONSEGNA	
RIFERIMENTO	RESPONSABILE AMMINISTRATIVO DELEGATO
NOTE	

MODALITA' DI PAGAMENTO	BANCA	AGENZIA	IBAN
Conto corrente bancario	BANCA POPOLARE DEL LAZIO	FILIALE DI ROMA AG.4	IT13X0510403204CC0350002641
TERMINI DI PAGAMENTO			

Avvertenze:

Si evidenzia l'obbligo da parte del fornitore al rispetto della tracciabilità dei flussi finanziari come previsto dell'art 3 legge 136 del 13/08/2010

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RILASCIATA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445 del 28/12/2000

Il sottoscritto _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____ (pr. _____)
Via _____ n. _____
In qualità di legale rappresentante dell'Impresa _____
Con sede legale in _____ (pr. _____)
Codice fiscale n. _____ Partita IVA n. _____

ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del DPR 445/2000 consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente Impresa non riceverà il pagamento per la fornitura di cui all'ordinativo n. 18 del 29-03-2019 emesso dal DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA "PIETRO VALDONI" - Sapienza Università di Roma.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1. che l'Impresa è iscritta, per attività inerenti l'oggetto della fornitura, al Registro delle Imprese presso la CCIAA
di _____ al n. _____
2. che gli amministratori muniti di rappresentanza sono:
cognome _____ nome _____
cognome _____ nome _____
3. che l'Impresa ha n. _____ dipendenti afferenti le seguenti posizioni:
4. Iscrizione INPS matricola n. _____ sede competente _____
5. Iscrizione INAIL codice n. _____ Iscrizione Cassa Edile _____
6. che l'Impresa non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alle gare di cui all'art. 80 D.Lgs.n. 50/2016
7. di essere in regola alla data del _____ con i versamenti INPS e INAIL
8. che non esistono inadempienze in atto e rettifiche notificate, non contestate o non pagate ovvero, che è stata conseguita procedura di sanatoria, positivamente definita con atto dell'ente interessato del quale si forniscono gli estremi: _____

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sui dati personali, di cui al D.Lgs. n. 196/03, in calce alla presente e di essere al corrente che tale dichiarazione potrà comportare attività di verifica da parte dell'Ente ricevente.

Data _____

Firma e Timbro _____

Si informa che i dati personali acquisiti da DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA "PIETRO VALDONI" Sapienza Università di Roma (titolare del trattamento) saranno utilizzati esclusivamente per il compimento delle attività previste dalla legge e per il raggiungimento della finalità istituzionali del Dipartimento. Il conferimento dei dati è strettamente funzionale allo svolgimento di tali attività ed il relativo trattamento verrà effettuato, anche mediante l'uso di strumenti informatici, nei modi e limiti necessari al perseguimento di dette finalità. E' garantito agli interessati l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n.196/03.