

**COMUNE DI FIRENZE**

UFFICIO SEGRETERIA GENERALE E AFFARI ISTITUZIONALI - SERVIZIO CENTRALE ACQUISTI

P.O. ECONOMATO

Via Perfetti Ricasoli, 74 - 50127 Firenze

Tel. 0552768 706/739 - fax 2768782

Cod. Fisc. e Part. I.V.A. 01307110484

**Ordine n. : 2020/44/8D Del: 05/03/2020**

Settore : SERV. AMM.VO BENI E SERVIZI

Fornitore : 25796

ERREBIAN S.P.A.

C.F. : 08397890586

P.IVA : 02044501001

Note : COMPRESA CONSEGNA  
CIG Z182C55E1BSpett.le  
ERREBIAN S.P.A.  
VIA DELL'INFORMATICA 8  
SANTA PALOMBA 00040 POMEZIA (RM)

Vs. Rif. : VEDI PREVENTIVO ALLEGATO

Ns. Rif. : GROW 49695

Pagina 1 di 1

Referente : BARATTI BARBARA - Inserito in automatico.

**Vogliate provvedere alla fornitura di quanto qui di seguito descritto : Franco di ogni spesa**

DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	%SCONTO1	%SCONTO2	IMPORTO	COD.IVA
FLACONI DA 250 ML DI GEL ALCOLICO IGIENIZZANTE PER MANI	100,0000	5,52000			552,00	.22
----- FINANZIAMENTI -----						
* IMPEGNO 2020/0002497/ EURO ATTO A/PDD/2020/0000166 CAPITOLO 0043662/		673,44000				

**Il Responsabile**La fattura, trasmessa dall'Ufficio  
destinatario della fornitura/servizio, sarà  
ammessa a pagamento entro 30gg.  
dalla data di ricevimento della stessa da  
parte della P.O. Economato**Totale Imponibile****552,00****Totale I.V.A.****121,44****Totale Ordine €****673,44****Per evitare ritardi nei pagamenti, attenersi scrupolosamente alle AVVERTENZE : La fattura dovrà pervenire in formato digitale tramite il Sistema di Interscambio (SDI) e riportare il Codice IPA del Servizio Centrale Acquisti 3A6B7A oltre alla dicitura "SCISSIONE DEI PAGAMENTI" per tutti i corrispettivi soggetti a IVA**

La fornitura dovrà corrispondere, per qualità e quantità al presente ordine, non essendo ammesse sostituzioni. OGNI ORDINE DOVRA' ESSERE FATTURATO SINGOLARMENTE. LE FATTURE DEVONO RIPORTARE GLI ESTREMI DEGLI IMPEGNI DI SPESA SOPRAINDICATI.

L'ammissione a pagamento della fattura è subordinata alla verifica della regolarità contributiva

Indicare sempre in fattura coordinate bancarie : IBAN e CIG

La/il merce/servizio ricevuta/o corrisponde per qualità e quantità a quanto richiesto e sopradescritto.

**Il Responsabile dell'Ufficio Ricevente.**

(Firma leggibile e timbro dell'Ufficio)

Li' .....

**ATTENZIONE :**CONSEGNA PRESSO MAGAZZINO SERVIZIO AMM.VO BENI E SERVIZI  
VIA DE' PERFETTI RICASOLI 74  
REFERENTI: STEFANINI - PRIMINI TEL.055 2768711 - 8717