

**COMUNE DI FIRENZE**GARE APPALTI E PARTECIPATE - SERVIZIO AMMINISTRATIVO BENI E SERVIZI
P.O. ECONOMATO E ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI GENERALIVia Perfetti Ricasoli, 74 - 50127 Firenze
Tel. 0552768 706/739 - fax 2768782

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

Ordine n. : 2023/164/8D Del: 10/11/2023

Settore : SERV. AMM.VO BENI E SERVIZI

Fornitore : 78138

SCREEN PHARMA SRLS

C.F. : BRDDBR75L53G478T

P.IVA : 03495080545

Note : COMPRESA CONSEGNA

CIG: ZEA3D37675

Vs. Rif. : vedi preventivo allegato

Ns. Rif. : GROW 60774

Spett.le
SCREEN PHARMA SRLS
VIA SETTEVALLI, 448
06100 PERUGIA (PG)

Pagina 1 di 1

Referente : CIANCITTO ANGELA - 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
ACQUISTO DI N. 5 SCREEN DROGA TEST SUPERFICI POLVERI € 9,60 CAD. + IVA	1,0000	48,00000			48,00	.22
----- FINANZIAMENTI -----						
* IMPEGNO 2023/0002422/ EURO ATTO A/PDD/2023/0000136 CAPITOLO 0043662/		58,56000				

Il ResponsabileLa 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****48,00****Totale I.V.A.****10,56****Totale Ordine €****58,56****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 Amministrativo Beni e Servizi 4DYFOP 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 :CONSEGNARE A: MAGAZZINO POLIZIA MUNICIPALE
VIA PONTE ALLE MOSSE, N. 4 - FIRENZE
REFERENTE: MAGAZZINIERI TEL. 055/3283245