FATTURA ELETTRONICA

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT97249640588**
Progressivo di invio: **11316012**
Formato Trasmissione: **SDI11**
Codice Amministrazione destinataria: **3MZC2I**
E-mail del trasmittente: **donatella.montini@honeywell.com**

Dati del cedente / prestatore

Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT05116320150**
Codice fiscale: **06566820152**
Denominazione: **HONEYWELL SRL**
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: **VIA VITTOR PISANI,6**
CAP: **20124**
Comune: **MILANO**
Provincia: **MI**
Nazione: **IT**

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: **MI**
Numero di iscrizione: **1108262**
Capitale sociale: **10320000.00**
Numero soci: **SU** (socio unico)
Stato di liquidazione: **LN** (non in liquidazione)

Dati del cessionario / committente

Dati anagrafici

Codice Fiscale: **02261430926**
Denominazione: **Asl N. 8 Cagliari**

Dati della sede

Indirizzo: **Via Lugodoro, 17**
CAP: **09126**
Comune: **Cagliari**
Provincia: **CA**
Nazione: **IT**

ALLEGATO "B"

Versione prodotta con foglio di stile Sdi www.fatturapa.gov.it

Versione 1.1

Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)
Valuta importi: **EUR**

Data documento: **2016-12-27** (27 Dicembre 2016)
Numero documento: **7480273577**
Importo totale documento: **829.60**
Arrotondamento su Importo totale documento: **0.00**

Dati dell'ordine di acquisto

Identificativo ordine di acquisto: **Delebera n. 812**
Data ordine di acquisto: **2016-11-25** (25 Novembre 2016)
Codice Identificativo Gara (CIG): **6320754335**

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

Nr. linea: 1

Codifica articolo

Tipo: **CodiceArticoloFornitore**
Valore: **40050241**
Descrizione bene/servizio: **Intervento extra contratto per attivazione terminale rilevazione presenze T-Bridge Vs. rif. Delebera n. 812 CIG 6320754335 Rapporto di lavoro nr. 17710024 del 25.11.2016**
Quantit►►: **1.00**
Valore unitario: **680.00000000**
Valore totale: **680.00000000**
IVA (%): **22.00**

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **22.00**
Totale imponibile/importo: **680.00**
Totale imposta: **149.60**
Esigibilit►► IVA: **S** (scissione dei pagamenti)
Riferimento normativo: **iva**

Dati relativi al pagamento

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

Dettaglio pagamento

Modalit►►: **MP05** (bonifico)
Importo: **680.00**
Codice IBAN: **IT33W0100520401000000002805**
Codice ABI: **01005**
Codice CAB: **20401**

Dati relativi agli allegati

Nome dell'allegato: **Cns 449 ASL 8 Cagliari.pdf**
Formato: **PDF**

Versione prodotta con foglio di stile Sdi www.fatturapa.gov.it