

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEI FILE EXCEL

Al fine di richiedere la certificazione e successiva sottoscrizione degli “atti di transazione” dei crediti vantati nei confronti delle ASL/AO, IRCCS e Policlinici Universitari e Ares 118, relativi all’anno 2008 e pregressi, è necessario presentare domanda di adesione. A tale richiesta dovranno essere allegate una serie di informazioni relative al fornitore richiedente e ai crediti da questo vantati nei confronti delle suddette strutture sanitarie.

Per rendere più agevoli le operazioni di raccolta dei dati sono stati predisposti, in formato Excel, delle form di immissione dei dati.

Con questo documento si intende fornire istruzioni dettagliate sulle modalità di compilazione e sui formati da rispettare nella presentazione della documentazione così richiesta.

Per l’esercizio 2008 l’operazione riguarderà in due fasi distinte i crediti (fatture) relativi al primo (1 gennaio – 30 giugno) ed al secondo (1 luglio - 31 dicembre) semestre 2008. **E’ essenziale che i form di raccolta dati contengano ESCLUSIVAMENTE I CREDITI RELATIVI AL SEMESTRE CUI SI RIFERISCONO.**

Per i Crediti Pregressi il form di raccolta dati è unico, non si divide per semestre .

I fogli Excel che dovranno essere forniti sono i seguenti :

- **Anagrafica** (Form di adesione)
- **Crediti** (Form per la richiesta di certificazione Crediti I° semestre 2008- Form per la richiesta di certificazione Crediti II° semestre 2008 -Form per la richiesta di certificazione Crediti Pregressi- Forma Dichiarazione totalità crediti pregressi)

I nomi di salvataggio dei file, al fine di identificare il richiedente dovranno essere così composti:

FORM DI ADESIONE (ANAGRAFICA):

ANA-<RAGIONE SOCIALE>

CREDITI 2008

FORM RICHIESTA CERTIFICAZIONE:

CRE-<RAGIONE SOCIALE>-<N° SEMESTRE>

CREDITI PREGRESSI

FORM RICHIESTA CERTIFICAZIONE:

CRE-<RAGIONE SOCIALE>

DICHIARAZIONE

DICH-<RAGIONE SOCIALE>

I campi, di seguito descritti, dovranno essere compilati correttamente e fornendo tutte le informazioni richieste con puntualità ed in modo completo. Le domande che saranno corredate da allegati incompleti o che riportino informazioni parziali o non corrette, saranno escluse dalle operazioni di certificazione e transazione sino a che dette informazioni non saranno fornite correttamente, sempre e comunque nel rispetto delle date di scadenza (sopra riportate) per la presentazione delle domande.

FORM DI ADESIONE (ANAGRAFICA)

Si richiede l'indicazione di tutti i dati che costituiscono l'anagrafica dell'impresa:

- Dati generali
- Rappresentante legale
- Referente
- Dati bancari

Le informazioni che dovranno essere fornite, ed il formato da rispettare sono descritti nella tabella seguente.

I campi facoltativi sono riportati in grigio.

Descrizione campo	Lung.	Tipo campo	Note
<i>Dati Generali</i>			
Ragione Sociale	-	Alfabetico	Ragione sociale del soggetto richiedente
Indirizzo	-	Alfabetico	Indirizzo della sede legale del richiedente
Città	-	Alfabetico	Città della sede legale del richiedente
Provincia	2	Alfabetico	Provincia della sede legale
CAP	5	Numerico	Codice di Avviamento Postale sede legale del richiedente
Nazione	2	Alfabetico	Nazione sede legale del richiedente
Partita IVA (1)	11	Numerico	Partita IVA dell'impresa richiedente
Codice Fiscale (1)	16	Alfanumerico	Nel caso il soggetto richiedente sia una persona fisica dovrà essere indicato il rispettivo Codice Fiscale
N. Registro Imprese	-	Alfanumerico	Numero di registrazione al Registro delle Imprese dell'impresa richiedente
Codice Attività	-	Alfanumerico	Codice Attività dell'impresa richiedente (classificazione ISTAT)
Telefono	-	Numerico	Telefono del soggetto richiedente
Fax	-	Numerico	Fax del soggetto richiedente
Email	-	Alfanumerico	E-mail del soggetto richiedente
<i>Rappresentante</i>			
Nome	-	Alfabetico	Nome del rappresentante legale dell'impresa richiedente
Nato a	-	Alfabetico	Luogo di nascita del rappresentante legale
Nato il	10	Data	Data di nascita del rappresentante legale nel formato gg/mm/aaaa
Codice Fiscale	16	Alfanumerico	Codice Fiscale del rappresentante legale
<i>Contatto operazione</i>			
Nome	-	Alfabetico	Nome del referente dell'impresa fornitrice
Telefono	-	Numerico	Telefono del referente dell'impresa fornitrice
Fax	-	Numerico	Fax del referente dell'impresa fornitrice
Email	-	Alfanumerico	Email del referente dell'impresa fornitrice
<i>Appoggio bancario</i>			
IBAN	27	Alfanumerico	International Bank Account Number, per indirizzare le operazioni di trasferimento di denaro
SWIFT	8/11	Alfanumerico	Per indirizzare i trasferimenti di denaro nel caso di bonifico internazionale

(1) Deve essere obbligatoriamente indicato o il numero di Partita Iva oppure il Codice Fiscale

CREDITI

Il file dovrà riportare tutti i dettagli relativi a ciascuna fattura emessa durante l'anno 2008 e pregressi, con indicazioni relative al titolare del credito e al fornitore emittente la fattura qualora i soggetti non coincidano. Nel caso di cessione *pro-soluto* o *pro-solvendo*, oppure di conferimento di mandato all'incasso dovranno essere riportati anche i dati relativi al cessionario *pro-soluto*, al cessionario *pro-solvendo* e al mandatario all'incasso.

Le informazioni che dovranno essere fornite ed il formato da rispettare sono descritti nella tabella seguente.

I campi facoltativi sono riportati in grigio.

Descrizione campo	Lung.	Tipo campo	Note
Codice Azienda Sanitaria	6	Numerico	Si deve indicare il solo Codice identificativo della ASL/AO. A tal fine si riportano nella Tabella A (di seguito allegata) i codici forniti a livello regionale per rappresentate le diverse Aziende Sanitarie della Regione Lazio
<i>Titolare del credito</i>			
Ragione sociale	-	Alfabetico	Ragione sociale dell'impresa titolare del credito
Partita IVA	11	Numerico	Numero partita IVA dell'impresa titolare del credito
<i>Fornitore emittente della fattura</i>			
Ragione sociale	-	Alfabetico	Ragione sociale dell'impresa emittente le fatture
Partita IVA	11	Numerico	Numero partita IVA impresa emittente le fatture
Numero Fattura		Numerico	Numero della fattura
Data Fattura	10	Data	Data di emissione della fattura nel formato gg/mm/aaaa
Importo Fattura	-	Numero positivo	Importo complessivo della fattura. La cifra riportata deve essere un numero positivo senza raggruppamento delle migliaia, virgola decimale e due cifre decimali. (Es. 1234,00)
Numero Nota di credito (2)	-		Numero della nota di credito se emessa a fronte della fattura indicata nella riga. Qualora l'impresa avesse emesso una nota di credito non riconducibile ad alcuna fattura/e indicata/e dovrà essere comunque riportata la numerazione della nota lasciando vuoti i campi relativi alla fattura
Data Nota di credito (2)	10	Data	Data emissione nota di credito nel formato gg/mm/aaaa
Importo Nota di credito (2)	-	Numero negativo	Importo della nota di credito. La cifra riportata deve essere un numero negativo senza raggruppamento delle migliaia, virgola decimale e due cifre decimali. (Es. -1234,00)

Anticipo ASL/AO (3)	-	Numero positivo	Devono essere riportati gli acconti ricevuti dall'Azienda Sanitaria a fronte della fattura indicata nella riga. La cifra riportata deve essere un numero positivo senza raggruppamento delle migliaia, virgola decimale e due cifre decimali. (Es. 1234,00)
Importo Richiesto	-	Numerico	E' l'importo complessivo richiesto al netto delle "Note di Credito" e degli "Anticipi ASL/AO" La cifra riportata deve essere un numero positivo senza raggruppamento delle migliaia, virgola decimale e due cifre decimali. (Es. 1234,00)
<i>Cessionari pro-soluto notificati alle Aziende e Istituti Sanitari nelle forme previste dagli artt. 69 e 70 del R.D. n. 2440/1923</i>			
Denominazione Sociale	-	Alfabetico	Nel caso in cui l'impresa avesse ceduto pro-soluto il credito a soggetti terzi, a mezzo di atto pubblico o scrittura privata autenticata e notificata tramite ufficiale giudiziario, ai sensi degli artt. 69 e 70 del R.D. n. 2440/1923, dovrà essere indicata la denominazione sociale del cessionario pro-soluto ;
Partita IVA	11	Numerico	Numero Partita IVA cessionario pro-soluto
Notaio	-	Testo	Nome del notaio
Numero di repertorio	-	Testo	Numero di repertorio
Data di ricezione della notifica da parte della ASL	10	Data	Data alla quale la notifica è stata effettivamente ricevuta dalla ASL
<i>Cessionari pro-solvendo notificati alle Aziende e Istituti Sanitari nelle forme previste dagli artt. 69 e 70 del R.D. n. 2440/1923</i>			
Denominazione Sociale	-	Alfabetico	Nel caso in cui l'impresa avesse ceduto pro-solvendo il credito a soggetti terzi, a mezzo di atto pubblico o scrittura privata autenticata e notificata tramite ufficiale giudiziario, ai sensi degli artt. 69 e 70 del R.D. n. 2440/1923, dovrà essere indicata la denominazione sociale del cessionario pro-solvendo ;
Partita IVA	11	Numerico	Numero Partita IVA cessionario pro-solvendo
Notaio	-	Testo	Nome del notaio
Numero di repertorio	-	Testo	Numero di repertorio
Data di ricezione della notifica da parte della ASL	10	Data	Data alla quale la notifica è stata effettivamente ricevuta dalla ASL
<i>Mandati all'incasso notificati alle Aziende e Istituti Sanitari o accettati nelle forme previste dagli artt. 69 e 70 del R.D. n. 2440/1923</i>			
Denominazione Sociale	-	Alfabetico	Nel caso in cui l'impresa abbia rilasciato mandato all'incasso della fattura ad un soggetto terzo, a mezzo di atto pubblico o scrittura privata autenticata e notificata tramite ufficiale

			giudiziario ai sensi degli artt. 69 e70 del R.D. n. 2440/1923, dovrà essere indicata la denominazione sociale del mandatario all'incasso;
Partita IVA	11	Numerico	Numero Partita IVA del mandatario all'incasso
Notaio	-	Testo	Nome del notaio
Numero di repertorio	-	Testo	Numero di repertorio
Data di ricezione della notifica da parte della ASL	10	Data	Data alla quale la notifica è stata effettivamente ricevuta dalla ASL
<i>Procedure pendenti</i>			
Autorità giudiziaria competente	-	Alfabetico	Indicare l'autorità giudiziaria competente presso la quale è stata presentata istanza di sospensione
Numero ruolo generale (NRG)	-	Testo	Numero ruolo generale (N...../AAAA)
Data istanza di sospensione	10	Data	Data di presentazione dell'istanza di sospensione

(2) I dati di dettaglio relativi alla Nota di Credito sono da considerarsi campo obbligatorio solo qualora vi sia stata l'emissione di note di credito.

(3) Qualora sia stato ricevuta una somma in anticipo a fronte della fattura indicata deve obbligatoriamente esserne indicato l'importo.

TAB A - CODIFICA DELLE AZIENDE SANITARIE

Codice Azienda	Descrizione	Codice Azienda	Descrizione
120101	Azienda Sanitaria Locale RMA	120901	Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
120102	Azienda Sanitaria Locale RMB	120902	Azienda Ospedaliera San Giovanni / Addolorata
120103	Azienda Sanitaria Locale RMC	120903	Azienda Ospedaliera San Filippo Neri
120104	Azienda Sanitaria Locale RMD	120906	Azienda Policlinico Umberto I°
120105	Azienda Sanitaria Locale RME	120908	IRCCS - Istituti fisioterapici ospedalieri
120106	Azienda Sanitaria Locale RMF	120918	IRCCS Lazzaro Spallanzani
120107	Azienda Sanitaria Locale RMG	120919	Azienda Ospedaliera S. Andrea
120108	Azienda Sanitaria Locale RMH	120920	Policlinico Universitario Tor Vergata
120109	Azienda Sanitaria Locale VT	120921	ARES
120110	Azienda Sanitaria Locale RI		
120111	Azienda Sanitaria Locale LT		
120112	Azienda Sanitaria Locale FR		