

**Spett.le CROCE ROSSA ITALIANA**  
**Via del Commercio, 7 - 60127 Ancona**  
**C.F./P.I.: 02614890420**

**PEC: cl.ancona@cert.cri.it**

**OGGETTO: Erogazione corso di formazione BLS-D relativo all'uso del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE) per i dipendenti dell'Agenzia AMAP.**

Visto il Vs. preventivo prot. Agenzia n. 2205 del 24.03.2023, con Decreto del Direttore n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_, è stata autorizzata ed affidata a codesta ditta, l'erogazione del corso di formazione BLS-D relativo all'uso del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE):

Si autorizza, pertanto, l'erogazione del corso di formazione BLS-D relativo all'uso del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE) per i dipendenti dell'Agenzia AMAP, indicati nell'elenco allegato, nelle giornate del 13 e 20 maggio, presso vostra sede Via del Commercio, 7 - 60127 Ancona, per un costo di euro 50,00 iva esente a partecipante. (L'importo complessivo sarà calcolato sulla base del numero effettivo dei partecipanti al corso).

Si comunicano qui di seguito i dati per la fatturazione elettronica:

- Codice ufficio: **Uff\_eFatturaPA**
- Codice univoco ufficio: **UFMUJG**
- Codice Agenzia nell'indice delle Pubbliche Amministrazioni (iPA): **assa\_042**
- Codice fiscale Agenzia: **01491360424**

Inoltre, la fattura dovrà riportare:

- Le coordinate bancarie.

**L'Agenzia è soggetta a split payment.**

Cordiali saluti.

**IL DIRETTORE**  
**(Dott. Andrea Bordoni)**

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. n. 82/2005, modificato ed integrato dal D. Lgs. n. 235/2010 e dal D.P.R. n. 445/2000 e norme collegate, nonché dal D.L. n. 145/2013, convertito con Legge n. 9/2014, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.*