

RECIBO DE COMPENSACIÓN POR ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

(sólo para personas físicas que realicen de forma esporádica actividades científicas con cargo a la Fundación)

DATOS DEL PERCEPTOR			
NOMBRE Y APELLIDOS: <input type="text"/>			
DNI: <input type="text"/>	FECHA NACIMIENTO: <input type="text"/>		
DOMICILIO: <input type="text"/>			
CP: <input type="text"/>	MUNICIPIO: <input type="text"/>		
TELÉFONO: <input type="text"/>	E-MAIL: <input type="text"/>		

Solicito a la FUNDACIÓN PÚBLICA GALEGA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA GALICIA SUR, con CIF G36911972 y domicilio en Hospital Álvaro Cunqueiro 36312 Vigo, el pago de la cantidad que se indica a continuación:

IMPORTE BRUTO:	<input type="text"/>
RETENCION IRPF -15%:	<input type="text"/>
LIQUIDO A PERCIBIR:	<input type="text"/>

EN CONCEPTO DE	
Programa/Proyecto:	<input type="text"/>
Investigador/a Principal:	<input type="text"/>
Fecha de realización:	<input type="text"/>
Actividad realizada (<i>imprescindible detallar las actividades realizadas en el marco del proyecto</i>):	
<input type="text"/>	

Mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente de la que soy titular:

DATOS BANCARIOS (Acompañar con el CERTIFICADO DE TITULARIDAD BANCARIA)	
Código IBAN (24 dígitos):	<input type="text"/>

FECHA	<input type="text"/>
-------	----------------------

FIRMA EL PERCEPTOR	CONFORME IP RESPONSABLE	CONFORME LA FUNDACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>