

LIQUIDACIÓN PARA REEMBOLSO DE GASTOS

Data da Solicitud		Código Proxecto	
Nome do Perceptor		IP Proxecto	
DNI do Perceptor		Motivo do gasto	
Nº Conta Bancaria (IBAN - 24 díxitos)			

DATA	IMPORTE	DETALLE DO GASTO (*)	SINATURAS
			PERCEPTOR
			INVESTIGADOR/A PRINCIPAL
			CONFORME FUNDACIÓN
Total		(*) IMPRESCINDIBLE XUNTAR OS XUSTIFICANTES ORIXINAIS CORRESPONDENTES	

Dacordo co establecido na Lei Orgánica 15/1999, informámoslle de que os seus datos personais forman parte dun ficheiro, cuxo responsable é FUNDACIÓN PÚBLICA GALEGA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA GALICIA SUR con domicilio social en HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO 36312 VIGO (PONTEVEDRA). A finalidade deste ficheiro é levar a cabo a xestión e control da relación cos nosos usuarios. Informámoslle de que os seus datos poderán ser cedidos a entidades colaboradoras coa finalidade de xustificar os servizos por vostede solicitados. A Fundación tamén poderá utilizar estes datos para realizar trámites convintes coas Administracións Públicas que correspondan en cada caso. Se desexa revocar o seu consentimento ou exercer os dereitos de acceso, retificación, cancelación ou oposición, dirixase por escrito á dirección sinalada, xuntando unha fotocopia do seu DNI.