|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom Fiscal:** |  | | |
| **NIF:** |  | | |
| **Adreça:** |  | | |
| **Codi Postal:** |  | | |
| **Població:** |  | | |
| **País:** |  | | |
| **E-mai:** |  | **Att:** |  |

**FORMULARI PER A L’EMISSIÓ DE FACTURA CEIM**

**DADES FISCALS DE L’ENTITAT**

**DADES PER A L’ENVIAMENT DE LA FACTURA**

**(Emplenar en cas que les dades de l’enviament difereixin de les dades de l’entitat)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom:** |  | **Att:** |  |
| **Adreça:** |  | | |
| **Població:** |  | | |
| **Codi Postal:** |  | **Tel:** |  |
| **País:** |  | **Fax:** |  |
| **E-mail:** |  | | |

**DADES DE L’ESTUDI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CODI:** |  | |
| **TÍTOL:** |  | |
| **INVESTIGADOR PRINCIPAL:** | |  |

**CONCEPTE A FACTURAR**

**AVALUACIÓ INICIAL**

Vist i plau CEIM

Nom:

Data:

**ESMENA**

**Núm. Esmena**

**Versió**

**PROMOTOR:  Indústria Farmacèutica**

**Altres promotors**

**CEIM IMPLICAT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Centre de cost:** | *(a emplenar per administració)* |
| **IMPORT (sense IVA):** | € |

**CEIM DE REFERÈNCIA**

**< 5 CENTRES**

**5 – 10 CENTRES**

**> 10 CENTRES**