|  |  |
| --- | --- |
| **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**