|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Fiscal:** |       |
| **NIF:** |       |
| **Dirección:** |       |
| **Código Postal:** |       |
| **Población:** |       |
| **País:** |       |

**FORMULARIO PARA LA EMISSIÓN DE FACTURA CEIM**

**DATOS FISCALES DE LA ENTIDAD**

**DATOS PARA EL ENVIO DE LA FACTURA**

**(Rellenar en caso de que los datos del envío difieran de los datos de la entidad)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |       | **Att:** |       |
| **Dirección:** |       |
| **Población:** |       |
| **Código Postal:** |       | **Tel:** |       |
| **País:** |       | **Fax:** |       |
| **E-mail:** |        |

**DATOS DEL ESTUDIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO:** |       |
| **TÍTULO:** |       |
| **INVESTIGADOR PRINCIPAL:** |       |

**CONCEPTE A FACTURAR**

**[ ]  EVALUACIÓN INICIAL**

**[ ]  ENMIENDA**

Vº Bº Responsable CEIC

Nom:

Data:

 **Nº Enmienda**

 **Versión**

**PROMOTOR: [ ]  Industria Farmacéutica**

 **[ ]  Otros promotores**

**[ ]  CEIM IMPLICADO**

**[ ]  CEIM DE REFERENCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Centro de coste:** |      *(a emplenar per administració)* |
| **IMPORT E (sin IVA):** |      € |

**[ ]  < 5 CENTROS**

 **[ ]  5 – 10 CENTROS**

 **[ ]  > 10 CENTROS**