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