
	<b>ANEXO 5</b> Elegibilidad de gasto	
---	---	---

<b>LABORATORIO O GRUPO</b>	
<b>PROYECTO (REFERENCIA)</b>	

Marque la casilla correspondiente.

<b>PARTIDA DE GASTO</b>
Fungible
Equipamiento
Servicios
Desplazamientos/Alojamiento
Otros gastos

<b>BREVE DESCRIPCIÓN DEL CONCEPTO *</b>

\* Se requiere la descripción del concepto y no incluir únicamente siglas.

PROVEEDOR	CIF	IMPORTE TOTAL

<b>DATOS DE FACTURACIÓN</b>
<b>FUNDACIÓN HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS</b> Gestión y Administración Edificio de Investigación, 1º planta, despacho i16 Finca La Peraleda s/n 45071 Toledo <b>CIF: G45568441</b> <a href="mailto:facturacion.fundacion.hnp@sescam.jccm.es">facturacion.fundacion.hnp@sescam.jccm.es</a>

<b>AUTORIZACIONES</b>	
INVESTIGADOR/A PRINCIPAL	RESPONSABLE DE ÁREA

Lugar y Fecha	En _____, a _____ de _____
---------------	----------------------------