
 <p>FUNDACIÓN del HOSPITAL NACIONAL de PARAPLÉJICOS</p>	ANEXO 8 Solicitud compensación por prestación de servicios	 <p>INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA</p>
--	---	---

Todos campos son datos obligatorios

PROYECTO (REFERENCIA)	
ADSCRITO AL LABORATORIO O GRUPO	

FECHA	
CONCEPTO DEL RECIBO	

NOMBRE Y APELLIDOS	
DNI/NIE	
DIRECCIÓN POSTAL (<i>calle, nº, localidad, código postal y provincia</i>)	
TELÉFONO	
EMAIL	
IBAN (NÚMERO DE CUENTA)	

RECIBOS	
Importe bruto	

AUTORIZACIONES	
INVESTIGADOR/A PRINCIPAL	RESPONSABLE DE ÁREA

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