|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Proyecto/ Servicio: |  | Investigador/a Principal: |  |
| Fecha: |  | **Datos de confirmación:** | Email: |  | Tel: |  |
|  |
| **Código****Artículo** | **Cantidad****Unidades** | **Concepto/Artículo**(Si adjunta presupuesto detallado puede indicar solamente importe total) | **Proveedor/a** | **Precio Unidad**(sin IVA) | **Importe total** (sin IVA) | **PN** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| INVENTARIABLE **JUSTIFICACIÓN DEL GASTO:** (Justificar la necesidad y detallar el servicio a realizar) |
|  |
| **Datos envío factura: Fundación INCLIVA – CIF. G96886080 -** Menéndez y Pelayo Nº4 (Accesorio), CP. 46010 Valencia |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SOLICITANTE | Vº Bº | APROBACIÓN DEL GASTO |
| Nombre y Apellidos  | IP/RESPONSABLE DE PROYECTO/SERV GRALESNombre y Apellidos | VºBº ADMON(Cuño) | DIRECTOR FINANCIEROD. Vicente de Juan Martín | DIRECCIÓN |