FUNDACIÓN GALEGA
DE INVESTIGACIÓN
BIOMÉDICA GALICIA SUR

Documento/Factura nº _____

RECIBO DE COMPENSACIÓN POR ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

(sólo para personas físicas que realicen de forma esporádica actividades científicas con cargo a la Fundación)

DATOS DEL PERCEPTOR			
NOMBRE Y APELLIDOS:			
DNI:		**FECHA NACIMIENTO:**	
DOMICILIO:			
CP:		**MUNICIPIO:**	
TELÉFONO:		**E-MAIL:**	

Solicito a la FUNDACIÓN PÚBLICA GALEGA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA GALICIA SUR, con CIF G36911972 y domicilio en Hospital Álvaro Cunqueiro 36312 Vigo, el pago de la cantidad que se indica a continuación:

IMPORTE BRUTO:	
RETENCION IRPF -15%:	
LIQUIDO A PERCIBIR:	

EN CONCEPTO DE	
Programa/Proyecto:	
Investigador/a Principal:	
Fecha de realización:	
Actividad realizada (*imprescindible detallar las actividades realizadas en el marco del proyecto*):	

Mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente de la que soy titular:

DATOS BANCARIOS (Acompañar con el CERTIFICADO DE TITULARIDAD BANCARIA)	
Código IBAN (24 dígitos):	

FECHA	

FIRMA EL PERCEPTOR	CONFORME IP RESPONSABLE	CONFORME LA FUNDACIÓN

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, le informamos de que sus datos personales forman parte de un fichero, cuyo responsable es FUNDACIÓN PÚBLICA GALEGA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA GALICIA SUR, con domicilio social en HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO 36312 VIGO (PONTEVEDRA). La finalidad de este fichero es llevar a cabo la gestión y control de la relación con nuestros usuarios. Le informamos de que sus datos podrán ser cedidos a entidades colaboradoras con la finalidad de justificar los servicios por usted solicitados. La Fundación también podrá utilizar estos datos para realizar trámites convenientes con las Administraciones Públicas que correspondan en cada caso. Si desea revocar su consentimiento o ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, diríjase por escrito a la dirección señalada, adjuntando una fotocopia de su DNI.