

DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL / SOLICITANTE

Nombre del IP:

DNI del IP:

Servicio / Departamento:

Centro Hospitalario:

DETALLE DE LIQUIDACIONES A MIEMBROS DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Nº	Nombre Completo	DNI / NIF	Código Fiscal (C.P.)	Código Estudio / Ensayo	Concepto del Pago	Importe Bruto (€)	Retención 15 % (€)	Importe Neto (€)	IBAN / Cuenta Bancaria
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

TOTALES:

% Retención IRPF aplicada:

() Porcentaje fijo conforme al artículo 80 del Reglamento del IRPF.*

Envío del formulario a: areca@fibao.es

OBSERVACIONES:

Declaro que los investigadores arriba indicados han colaborado en los estudios/ensayos señalados y que las cantidades reflejadas corresponden a la compensación acordada por su participación.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo.: El Investigador Principal · espacio para firma electrónica o nombre

Vº Bº Jefe de Servicio y/o Dirección Centro
(Requerido cuando el pago se impute al fondo del 35 % de I+D+i del servicio)