|  |  |
| --- | --- |
| **logo-up-4color-stamp** | **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**  **ΕΙΔΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΚΟΝΔΥΛΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ – Ν. 4485/2017**  Α.Φ.Μ.: 998219694 – Α΄ Δ.Ο.Υ. ΠΑΤΡΩΝ  ΤΗΛ: 2610-997888 FAX: 2610-996677  E-mail: [rescom@upatras.gr –](mailto:rescom@upatras.gr%20-) Url: <http://research.upatras.gr> |

|  |  |
| --- | --- |
| **Αίτηση Έκδοσης Τιμολογίου Παροχής Υπηρεσιών** | |
|  | |
| **Επιστημονικά Υπεύθυνος/-η:** | |
| **Ερευνητικό Πρόγραμμα:** | |
| **Κωδ. Προγρ.:** |  |
| Στο πλαίσιο του ως άνω προγράμματος παρακαλώ να εκδώσετε ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ επ’ ονόματι: | |
| Φορέας Χρηματοδότησης: | |
| Επάγγελμα: | |
| Διεύθυνση: | |
| Α.Φ.Μ.: | |
| Αρμόδια ΔΟΥ: | |
| Καθαρή Αξία Τιμολογίου (€): | Φ.Π.Α. Τιμολογίου (€): |
| Συνολικό Ποσό Τιμολογίου (€): | |
|  |  |
| Αποστολή τιμολογίου με ευθύνη του Ε.Υ.: | (ΝΑΙ/ΟΧΙ) |
| Αποστολή τιμολογίου με ευθύνη του Ε.Λ.Κ.Ε: | (ΝΑΙ\*/ΟΧΙ) |
| *\*Στην περίπτωση που το τιμολόγιο αποσταλεί με ευθύνη του Ε.Λ.Κ.Ε. παρακαλώ σημειώστε τον/την παραλήπτη/-τρια και το τηλέφωνο επικοινωνίας* | |
|  |  |
| Σας γνωρίζω δε ότι θα καλυφθεί με δική μου ευθύνη η αξία του Φ.Π.Α. σε περίπτωση μη καταβολής της χρηματοδότησης του παραπάνω ερευνητικού προγράμματος. | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Πάτρα, / /20  Επιστημονικά Υπεύθυνος/-η | |