

FECHA DE SOLICITUD:

## Solicitud de factura

Presentación de documentación de la convocatoria del mes de:

### Datos del Estudio:

- Tasas primera evaluación del Ensayo Clínico  
 Estudio Observacional o Estudio Post-autorización  
 Enmienda Nº: \_\_\_\_\_

Nombre del Promotor: \_\_\_\_\_

Nombre de la CRO: \_\_\_\_\_

Código de Protocolo: \_\_\_\_\_

Investigador Principal: \_\_\_\_\_

- Proyecto Interno  
 Unicéntrico  
 CEIC de Referencia  
 CEIC Implicado

Título del Ensayo Clínico/Estudio: \_\_\_\_\_

### Entidad a facturar

Nombre Fiscal \_\_\_\_\_

CIF \_\_\_\_\_

Dirección Completa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Dirección de envío de factura (solo rellenar si es diferente a la anterior)

Nombre \_\_\_\_\_

CIF \_\_\_\_\_

Dirección Completa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Datos de la persona de contacto de la entidad a facturar

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_