Elenco spese
Iniziative di formazione continua in ambito sanitario ECM

Titolo dell'iniziativa: ……

Codice ECM: …… **Data/e di svolgimento:** ……

Il/La sottoscritto/a:

Cognome ..... Nome .....

legale rappresentante dell'ente.....

dichiara che sono state sostenute le spese sottoelencate:

N.	Numero e data fattura	Data di pagamento	Beneficiario	Oggetto della spesa	Importo pagato (sottrarre l'eventuale IVA detraibile) *
1					€
2					€
3					€
4					€
5					€
6					€
7					€
8					€
9					€
10					€
11					€
12					€
13					€
14					€
				IMPORTO TOTALE	€

* L'ente è responsabile della correttezza degli importi indicati

Data Firma del/della legale rappresentante