Imprimir formulario

¡MADRID!
madrid salud
INSTITUTO DE ADICCIONES

GASTOS DE PERSONAL IMPUTADOS A LA SUBVENCIÓN
(Anexo VI)

CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES DEL ORGANISMO AUTÓNOMO MADRID SALUD. Convocatoria 20____

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

Nombre de la entidad: _____

Nombre del proyecto: _____

_____ Año: _____

APELLIDOS NOMBRE	MES	RETRIBUCIÓN ÍNTEGRA				
		Retribución líquida	IRPF	Seguridad Social		Total
				Trabajador/a	Empresa	
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
TOTAL		0,00	0,00			0,00 €

APELLIDOS NOMBRE	MES	IMPUTACIÓN A LA SUBVENCIÓN				
		Retribución líquida	IRPF	Seguridad Social		Total
				Trabajador/a	Empresa	
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
						_____ €
TOTAL		0,00	0,00			0,00 €

En_____, a ____ de _____ de 20____

Firma del/de la Presidente o representante legal:

Imprimir formulario