



**RELACIÓN DE GASTOS DE PERSOAL E CORRENTES**

SA803A - SUBVENCÍONS, EN RÉXIME DE CONCORRENCIA COMPETITIVA, PARA ENTIDADES PRIVADAS SEN ÁNIMO DE LUCRO CO FIN DE REALIZAR PROGRAMAS DE CARÁCTER SOCIO SANITARIO

**DATOS DA ENTIDADE SOLICITANTE**

**IDENTIFICACIÓN**

TIPO

NÚM.

PAÍS EMISOR

RAZÓN SOCIAL

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN** (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

**IDENTIFICACIÓN**

TIPO

NÚM.

PAÍS EMISOR

NOME/RAZÓN SOCIAL

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

**DATOS BANCARIOS**

Formato IBAN

Formato BIC

Declaro baixo a miña responsabilidade que son certos os datos consignados relativos á conta bancaria indicada.

TITULAR DA CONTA

NÚMERO DE CONTA BANCARIA (24 DÍXITOS)

IBAN



RELACIÓN DE GASTOS DE PERSOAL: NÓMINAS

Nº ORDE	NOME E APELIDOS	CATEGORÍA PROFESIONAL	MES ANO	IMPORTE LÍQUIDO	% IMPUTADO	IMPORTE IMPUTADO	DATA DE PAGAMENTO
TOTAL IMPORTE IMPUTADO						0,00	





RELACIÓN DE GASTOS DE PERSOAL: IRPF

Nº ORDE	NOME E APELIDOS	CATEGORÍA PROFESIONAL	MES ANO	IRPF	% IMPUTADO	IMPORTE IMPUTADO	DATA DE PAGAMENTO
TOTAL IMPORTE IMPUTADO						0,00	





RELACIÓN DE GASTOS DE PERSOAL: SEGURIDADE SOCIAL

Nº ORDE	NOME E APELIDOS	CATEGORÍA PROFESIONAL	MES	DESCONTO SEG.SOCIAL TRABALLADOR	SEGURIDADE SOCIAL EMPRESA	TOTAL SEGURIDADE SOCIAL	% IMPUTADO	IMPORTE IMPUTADO	DATA DE PAGAMENTO
TOTAL IMPORTE IMPUTADO								0,00	





RELACIÓN DE GASTOS DE CORRENTES:

Nº ORDE	Nº FACTURA	DATA EXPEDICIÓN	DATA PAGAMENTO	ACREDOR	NIF	CONCEPTO	IMPORTE IMPUTADO
TOTAL IMPORTE IMPUTADO							0,00





SINATURA DA PERSOA REPRESENTANTE

Lugar e data

,

de

de

Xacobeo  2027

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

