**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΤΥΠΟ 4**

**Ε.Λ.Κ.Ε.Α. 6ης Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας**

ΔΥ5γ/Γ.Π.οικ.75762/2005 ΚΥΑ Υπουργών Οικονομικών, Υγείας &

Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και Ανάπτυξης ΦΕΚ 1037/21-07-05

**ΕΝΤΟΛΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ**

**Προς την Επιτροπή Ε.Λ.Κ.Ε.Α. της 6ης Υ.ΠΕ.**

|  |
| --- |
| Ο/Η Εκπρόσωπος του Φορέα Χρηματοδότησης |
|  |
|  |
|  |

για:

|  |
| --- |
| - Αμοιβή του/της κ. |
| για τη συμμετοχή του/της ως ομιλητή/τρια στην ανωτέρω Επιστημονική Εκδήλωση , το χρονικό διάστημα από ………………………… έως ………………………. το ποσό των (ολογράφως και αριθμητικώς) 1 |
|  |
| Ευρώ |

σύμφωνα με τον εγκεκριμένο από την Επιτροπή του Ε.Λ.Κ.Ε.Α. προϋπολογισμό.

|  |
| --- |
| **- Συμπληρώστε τηλέφωνα επικοινωνίας και ηλεκτρονική διεύθυνση προκειμένου να σας ενημερώσουμε για την πληρωμή σας** |
| Σταθερό τηλ. (ώρες επικοινωνίας 7-15) |
| Κινητό: |
| e-mail: |
| IBAN: |
| Τράπεζα |

.........................\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ο Εκπρόσωπος του Φορέα Χρηματοδότησης\***

--------------------------

υπογραφή

**Ο Ιατρός/ Ομιλητής**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Υπογραφή

**Αναφέρεται το καθαρό ποσό χωρίς παρακράτηση και ΦΠΑ**