**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**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 της Κλειστής Συμβουλευτικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων με τίτλο: |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| για Αμοιβή του/της Συμβούλου κ……………………………………………........................ (ονοματεπώνυμο Συμβούλου)  με ΔΟΥ: ……………………………….. και ΑΦΜ: ……………………………………  **(συμπληρώνεται με προσοχή προς αποφυγή καταβολής της αμοιβής σε συνονόματο ιατρό/σύμβουλο)** |
| για τη συμμετοχή του/της ως σύμβουλο την / / (ημ. Κλειστής Συμβουλευτικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων), στην ανωτέρω Επιστημονική Εκδήλωση, που διεξήχθη από ………………………… έως ………………………. το ποσό 1 των………………………………………………………………………………………………… (ολογράφως και αριθμητικώς) |
|  |
| ( €) |

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. κινητό: ………………………………, e-mail: …………………………………………………………..

IBAN:

Τράπεζα:

**Ο Ιατρός/Σύμβουλος**

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

υπογραφή

**Ο Εκπρόσωπος του Φορέα Χρηματοδότησης\***

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

υπογραφή

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