



Ayuntamiento de Aldeamayor de San Martín

ANEXO VI: RELACIÓN DE FACTURAS JUSTIFICATIVAS DEL GASTO, 2025.

Nombre Apellidos y Cargo	D.N.I
--------------------------	-------

EN REPRESENTACIÓN DE

Nombre / Razón social	N.I.F / C.I.F.
-----------------------	----------------

PRESENTA LA SIGUIENTE RELACIÓN DE FACTURAS SUSCEPTIBLES DE SUBVENCIÓN

Nº DE FACTURA Y CONCEPTO	EMISOR DE LA FACTURA	FECHA DE EMISIÓN	IMPORTE	FECHA DE PAGO
Total				

A la que acompaño las facturas relacionadas, así como la correspondiente justificación de su abono.

Aldeamayor de San Martín, a _____ de _____ de 2025.

EL REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD

Fdo. _____

DNI. _____

Ayuntamiento de Aldeamayor de San Martín

Plza. Mayor, 1, Aldeamayor de San Martín. 47162 (Valladolid). Tfno. 983558195. Fax: 983558210