



Nombre del beneficiario:
NIF del beneficiario:
Título del proyecto o actuación:
Nº de expediente:

ANEXO VI (c) FICHA DE GASTOS EN SEGURIDAD SOCIAL

MES	BASE DE COTIZACIÓN	FECHA DE PAGO

(Documento firmado electrónicamente)

Ayuntamiento de Aguilar de Campoo

C/ Modesto Lafuente, 1. 34800 Palencia. Tfno. 979 122 005. Fax: 979 125 710



--	--	--

NOTAS explicativas:

Todas las posibles aclaraciones a esta ficha se reflejarán detalladamente en la memoria económica justificativa

- (1) Adjúntese documentos según este orden de referencia
- (2) Se incluirá una explicación clara y concisa del gasto imputado
- (3) IVA no repercutible soportado por el Beneficiario

DECLARO que los costes relacionados se han verificado efectivamente

Firma representante legal y sello entidad beneficiaria

FECHA

--

(Documento firmado electrónicamente)

Ayuntamiento de Aguilar de Campoo

C/ Modesto Lafuente, 1. 34800 Palencia. Tfno. 979 122 005. Fax: 979 125 710