**Orden de Pago / Compra**

**DATOS DEL SOLICITANTE Fecha de Confección: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instituto / Investigador: | | | |
| Tipo de Rendición (rubro): | | | |
| Nº de PIP: | | | |
| Gastos de Funcionamiento |  | Gastos de Equipamiento |  |

**DATOS DEL PROVEEDOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre /Razón Social: | | | | | | | | |
| Cuit / Cuil: | | | | | Tel: | | | |
| Factura Nº | | | | | Importe Factura $ | | | |
| Presupuesto Nº | | | | | | | | |
| Cheque Nº | |  | Transferencia | | | | |  |
| Banco | | | | Caja de Ahorro | |  | Cuenta Corriente |  |
| Cuenta Nº | CBU Nº | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar de Entrega | Dirección: |
| Horarios: |
| Nombre del Contacto: | |

|  |
| --- |
| Detalle del Gasto a Realizar : |

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

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE RECEPCIÓN CCT Nordeste

|  |
| --- |
| Observaciones: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Marque con una X lo que corresponda |
|  |