**Orden de Pago/Compra**

**DATOS DEL SOLICITANTE Fecha de Confección:**

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

**DATOS DEL PROVEEDOR**

|  |
| --- |
| Nombre /Razón Social:  |
| Cuit / Cuil:  | Tel: |
|  Factura Nº  | Importe Factura  |
| Presupuesto Nº  |
| Cheque Nº |  |  Transferencia | x |
| 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 |
|  |