

Formulario de recogida de datos de Centros que solicitan peticiones de la Cartera de Servicios al Instituto de Investigación de Enfermedades Raras

| | | |
|--|-------------|-------------|
| Nombre del Centro* | | |
| CIF del Centro* | | |
| Tipo de entidad* | | |
| Entidad Pública | | |
| Entidad Privada | | |
| <p>El ISCIII tiene establecido el envío de facturas por medios electrónicos, por lo que es obligatorio que indiquen los códigos DIR3 para la remisión de las facturas a través del Punto General de entrada de Facturas Electrónicas de la Administración General del Estado (FACE - https://face.gob.es/es). Si no pudieran obtener dichos códigos por cuestiones técnicas, deberán facilitarnos una dirección de correo electrónico para la comunicación de las facturas. En ambos casos, esta dirección es necesaria a efectos de notificaciones relacionadas con la facturación.</p> | | |
| | Código DIR* | Descripción |
| Órgano Gestor | | |
| Oficina Contable | | |
| Unidad Tramitadora | | |
| Dirección de correo electrónico informada para comunicaciones de facturas* | | |
| Dirección fiscal | | |
| Tipo de vía | | |
| Dirección* | | |
| Número / Piso / Puerta / Escalera | | |
| Código Postal* | | |
| Localidad* | | |
| Provincia* | | |
| País* | | |
| Persona de contacto | | |
| Nombre y apellidos del gerente o persona delegada* | | |
| Teléfono de contacto* | | |
| Email de contacto* | | |
| Fax de contacto | | |

Autorizo a los siguientes facultativos a solicitar peticiones de la Cartera de Servicios al Instituto de Investigación de Enfermedades Raras

| Apellidos | Nombre | Correo electrónico | Teléfono |
|-----------|--------|--------------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Este documento se enviará al Instituto de Investigación de Enfermedades Raras por correo electrónico a través del botón Enviar. Guárdese una copia si lo desea.

ENVIAR

*Campos marcados como obligatorios