DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL FARMACO E DELLA SALUTE  
Prot. n.

Al Responsabile dei Servizi finanziari

**QUOTA ASSOCIATIVA SOCIETA' SCIENTIFICA / ASSOCIAZIONE**

**RIMBORSO**

Il/La sottoscritto/a ……………..…..  
afferente al Dipartimento di SCIENZE DEL FARMACO E DELLA SALUTE  
chiede l'autorizzazione ad effettuare il pagamento della Quota Associativa a favore della ……………………….. per l’anno ………. e per l'importo di Euro ………..

La suddetta spesa grava sulla voce di costo: EB2112 61.01.01.13

UPB ………………………. CUP ……………….. CO.AN. A01 imp.n. …………

Si allegano alla presente:

1) Autorizzazione del Direttore del dipartimento (prot. n. ………………………….)

2) ricevuta rilasciata dalla Società intestata al richiedente;

3) copia dell'avvenuto pagamento.

Catania, ……………

Il Richiedente

Si autorizza:  
Il Direttore del Dipartimento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_