

(ANEXO 5)

(MEMBRETE DE LA EMPRESA)

CERTIFICADO MISIÓN INVERSA

D/Dª [-----], Representante legal de la entidad [-----] con NIF [-----]

CERTIFICA QUE:

D./Dª [-----] con cargo de [-----] en la empresa [-----] realizo una misión inversa desde [-----] con destino a [-----] con motivo de [-----] el/los día/s [-----].

Los gastos incurridos por la empresa beneficiaria en el Programa ICExNEXT en la misión inversa declarada, son los siguientes:

DETALLE GASTOS DECLARADOS MISION INVERSA					
Concepto	Proveedor	Nº Factura	Fecha	Importe	Forma de pago