

ALLEGATO H_b PROSPETTO RIEPILOGATIVO SPESE SOSTENUTE													
Somme rendicontate dal beneficiario													
NATURA DEI DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI DELLE SPESE										ESTREMI PAGAMENTI BENEFICIARIO			
1	Periodo (indicare l'intervallo di tempo relativo al sal pertinente)	Rif.SAL	Categoria di spesa (rif. Budget operazione così come indicata nel DD di concessione)	Tipologia documento	N° documento	Data documento	Emittente	Importo imponibile	di cui : IVA	Importo Totale Iva Inclusa	Data valuta	Importo	Modalità di pagamento estremi bonifico (CRO)
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
20													
	Totale							- €	- €	- €		- €	