|  |  |
| --- | --- |
| Bitte tragen Sie hier den vollständigen Namen und Anschrift des Rechnungsempfängers ein. (ggf. CRO)  Rechnungsempfänger | Für Rückfragen steht zur Verfügung:  Bitte tragen Sie hier das Institut/die Klinik ein  Herr/Frau/Prof. Dr.  Telefon: +49 (0)341/97  Fax: +49 (0)341/97  Email: Firmen-E-Mailadresse |
| 🡨 Bitte tragen Sie, wenn zutreffend den vollständigen Namen des Leistungsempfänger (Sponsor) ein, falls vom Rechnungsempfänger abweichend.  Leistungsempfänger/Sponsor |  |

**RECHNUNG, Nr. Kürzel der Einrichtung + fortlaufende Rechnungsnummer/2020 vom 25. Juni 2020**

Kurzbeschreibung, möglichst mit Bezug zu Vertrag, Vereinbarung, Studienprotokoll-Nr. o.ä.

Abzug: xx % (interne Angabe) *(HINWEIS: siehe Gemeinkostenabzug auf Studienanzeige bzw. Drittmittelanzeige)*



Sie erteilten uns den Auftrag unter Ihrer Umsatzsteuer-Identifikationsnummer **……………..**(VAT ID ergänzen)

Die Steuerschuldnerschaft geht auf Sie als Leistungsempfänger über (Reverse-Charge-Verfahren/TVA due par le client) – Art. 196 MwStSysRL.

Sollten Bankgebühren anfallen, sind diese zusätzlich zum Rechnungsbetrag zu entrichten.

### Um Überweisung der Gesamtsumme innerhalb von 16 Tagen unter Angabe der Rechnungsnummer und Auftragsnummer auf folgendes Konto wird gebeten:

Kontoinhaber Universität Leipzig/Medizinische Fakultät/Drittmittel

Bank Deutsche Bank AG Leipzig

Swift Code: DEUTDE8L

IBAN: DE40 8607 0000 0132 3450 02

Verwendungszweck Rechnungsnummer und Auftragsnummer

Mit freundlichen Grüßen

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

Name

Projektleiter