|  |  |
| --- | --- |
| Bitte tragen Sie hier den vollständigen Namen und Anschrift des Rechnungsempfängers ein. (ggf. CRO)  Rechnungsempfänger | Further inquiry:  Bitte tragen Sie hier das Institut/Klinik ein.  Herr/Frau/Prof. Dr.  Phone: +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 |  |

**INVOICE, No. Kürzel der Einrichtung + fortlaufende Rechnungsnummer/2020 at 2020-06-25** (Should clearly indicate on bank transfer)

Ref.: ergänzen



Abzug: xx % (Information for intern use) *(HINWEIS: siehe Gemeinkostenabzug auf Studienanzeige bzw. Drittmittelanzeige)*

The performance was provided by public-authorities. This is therefore a non-taxable turnover.

For the quoted invoice amount we request your bank transfer within 16 days to the following account:

Account name: Universität Leipzig/Medizinische Fakultät/Drittmittel

Bank: Deutsche Bank Leipzig

Swift Code: DEUTDE8L

IBAN: DE67 8607 0000 0132 3450 01

Reference: Order number: bitte ergänzen (Should clearly indicate on bank transfer)

Yours sincerely

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

Name

Project Manager