|  |  |
| --- | --- |
| Bitte tragen Sie hier den vollständigen Namen und Anschrift des Leistungsempfängers ein.Leistungsempfänger | Für Rückfragen steht zur Verfügung:Bitte tragen Sie hier das Institut/die Klinik einHerr/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 CRO oder des Rechnungsempfängers einCRO/Rechnungsempfänger |  |

**RECHNUNG zur internen Vereinbarung, Nr. Kürzel der Einrichtung + fortlaufende Rechnungsnummer/2019 vom 25. Juni 2020**

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

Es handelt sich um einen nicht steuerbaren Innenumsatz.

### 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