

**RELACIÓN DE GASTOS**

SA500A - SUBVENCIÓNS DESTINADAS Á REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERESE XERAL PARA FINS DE CARÁCTER SOCIO SANITARIO NO ÁMBITO DOS TRASTORNOS MENTAIS

**DATOS DA ENTIDADE SOLICITANTE**

RAZÓN SOCIAL

NIF

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN**

NOME/RAZÓN SOCIAL

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

**RELACIÓN DE GASTOS DE PERSOAL: NÓMINAS**

Nº DE ORDE	NOME E APELIDOS	CATEGORÍA PROFESIONAL	MES ANO	IMPORTE LÍQUIDO	% IMPUTADO	IMPORTE IMPUTADO	DATA DE PAGAMENTO
TOTAL IMPORTE IMPUTADO							

**RELACIÓN DE GASTOS DE PERSOAL: IRPF**

Nº DE ORDE	NOME E APELIDOS	CATEGORÍA PROFESIONAL	MES ANO	IRPF	% IMPUTADO	IMPORTE IMPUTADO	DATA DE PAGAMENTO
TOTAL IMPORTE IMPUTADO							

