

**ANEXO III: RELACIÓN DE FACTURAS 2024**

NOMBRE DE LA ENTIDAD / PERSONA FÍSICA	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE OSTENTA LA PRESIDENCIA O REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD	
DENOMINACIÓN DEL PROYECTO, PROGRAMA, ACTUACIÓN	
CUANTÍA SOLICITADA (Indicar importe de la subvención a justificar)	

RELACIÓN DE FACTURAS JUSTIFICATIVAS DE LA SUBVENCIÓN -AÑO 2024-						
	Nº Y FECHA FACTURA	EMISOR FACTURA (Clínica veterinaria)	DESCRIPCIÓN GASTO REALIZADO	TIPO ESTERILIZACIÓN	FECHA Y FORMA DE PAGO	IMPORTE
1			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
2			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
3			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
4			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
5			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
6			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
7			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
8			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
9			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
10			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
11			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
12			Servicio Veterinario	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra		
TOTAL ESTERILIZACIONES				MACHOS _____ HEMBRAS	IMPORTE TOTAL	

NOTA: Las facturas deben seguir a este formulario y cada factura debe ir acompañada de su justificante de pago.