



Πανεπιστήμιο
Κύπρου

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΑΠΟ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ
(π.χ. ΑΠΟ ΦΟΙΤΗΤΕΣ / ΑΛΛΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΤΜΗΜΑ / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΙΤΛΟΣ / ΘΕΣΗ:

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ:

.....

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ:

ΚΟΣΤΟΣ:

Αναγνωρίζω ότι αποτελεί υποχρέωση μου η συνεισφορά στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

.....
Υπογραφή Φοιτητή
/Άλλου Συνεργάτη

.....
Ημερομηνία

ΕΓΚΡΙΣΗ

Εγκρίνεται πληρωμή του ποσού των:

.....
Όνομα Εξουσιοδοτημένου Υπεύθυνου Κονδυλίου

.....
Υπογραφή

.....
Ημερομηνία