



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 και αναλαμβάνω να εκπληρώσω όλες μου τις υποχρεώσεις στο Φόρο Εισοδήματος

.....
Υπογραφή Φοιτητή
/Άλλου Συνεργάτη

.....
Ημερομηνία

ΕΓΚΡΙΣΗ

Εγκρίνεται πληρωμή του ποσού των:

.....
Όνομα Εξουσιοδοτημένου Ελέγχοντος Λειτουργού

.....
Υπογραφή

.....
Ημερομηνία