

ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΑΠ

Όνομα Συντονιστή ΟΑΠ:	Τηλέφωνο Επικοινωνίας:
------------------------------	-------------------------------

ΣΧΟΛΕΙΟ:	Όνομα Συντονιστή:	Τηλέφωνο Επικοινωνίας:
-----------------	--------------------------	-------------------------------

ΤΙΜΟΛΟΓΙΑ / ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ

Αρ. Δράσης ΟΑΠ	Συνολικό Ποσό Έγκρισης	Διαθέσιμο Υπόλοιπο	Προμηθευτής	Ημερομηνία	Αρ. τιμολογίου	Ποσό	Υπόλοιπο κονδυλίου	Δικαιούχος πληρωμής
								Όνομα: Αρ.ταυτ: Τηλ. Διευθυνση:

Σφραγίδα Σχολείου:	Υπογραφή Διευθυντή/ντριας: Όνομα Διευθυντή/ντριας: Ημερ.:.....	Μέρος Α΄ - Σύσταση Πληρωμής: Βεβαιώνω την ορθότητα και συστήνω την πληρωμή σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία και Εγκυκλίους του Γενικού Λογιστηρίου της Δημοκρατίας Υπογραφή Αρμόδιου Λειτουργού: Όνομα Αρμόδιου Λειτουργού: Ημερ.:.....	Μέρος Β΄ - Εξουσιοδότηση Πληρωμής: Εγκρίνεται και εξουσιοδοτείται η πληρωμή Υπογραφή Ελεγχόντα Λειτουργού:..... Όνομα Ελεγχόντα Λειτουργού:..... Ημερ.:.....
--------------------	---	--	---

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟΥ ΠΙΝΑΚΑ 1:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΑΠ								
Όνομα Συντονιστή ΟΑΠ:						Τηλέφωνο Επικοινωνίας:		
ΣΧΟΛΕΙΟ: Γυμνάσιο xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, Λευκωσία				Όνομα Συντονιστή: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		Τηλέφωνο Επικοινωνίας:00 000000		
ΤΙΜΟΛΟΓΙΑ / ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ								
Αρ. Δράσης ΟΑΠ	Συνολικό Ποσό Έγκρισης	Διαθέσιμο Υπόλοιπο	Προμηθευτής	Ημερομηνία	Αρ. τιμολογίου	Ποσό	Υπόλοιπο κονδυλίου	Δικαιούχος πληρωμής
ΟΑΠ/Μ 31/13-14	€ 480,00	€ 480,00	Παιδοψυχίατρος	19/02/14	001	€ 160,00	€ 320,00	Όνομα: xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx Αρ.ταυτ: 000000 Τηλ. 00 000000 Διευθυνση: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
ΟΑΠ/Μ 31/13-14	€ 480,00	€ 320,00	Παιδοψυχίατρος	19/03/14	007	€ 160,00	€ 160,00	Όνομα: xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx Αρ.ταυτ: 000000 Τηλ. 00 000000 Διευθυνση: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
ΟΑΠ/Μ 31/13-14	€ 480,00	€ 160,00	Παιδοψυχίατρος	19/04/14	018	€ 160,00	€ 000,00	Όνομα: xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx Αρ.ταυτ: 000000 Τηλ. 00 000000 Διευθυνση: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Σφραγίδα Σχολείου:	Υπογραφή Διευθυντή/ντριας: Όνομα Διευθυντή/ντριας: Ημερ.:.....		Μέρος Α΄ - Σύσταση Πληρωμής: Βεβαιώνω την ορθότητα και συστήνω την πληρωμή σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία και Εγκυκλίους του Γενικού Λογιστηρίου της Δημοκρατίας Υπογραφή Αρμόδιου Λειτουργού: Όνομα Αρμόδιου Λειτουργού: Ημερ.:.....			Μέρος Β΄ - Εξουσιοδότηση Πληρωμής: Εγκρίνεται και εξουσιοδοτείται η πληρωμή Υπογραφή Ελεγχόντα Λειτουργού:..... Όνομα Ελεγχόντα Λειτουργού:..... Ημερ.:.....		

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΟΥ ΠΙΝΑΚΑ 2:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΑΠ			
Όνομα Συντονιστή ΟΑΠ:			Τηλέφωνο Επικοινωνίας:
ΣΧΟΛΕΙΟ: Γυμνάσιο xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, Λευκωσία	Όνομα Συντονιστή: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 00 000000

ΤΙΜΟΛΟΓΙΑ / ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ

Αρ. Δράσης ΟΑΠ	Συνολικό Ποσό Έγκρισης	Διαθέσιμο Υπόλοιπο	Προμηθευτής	Ημερομηνία	Αρ. τιμολογίου	Ποσό	Υπόλοιπο κονδυλίου	Δικαιούχος πληρωμής
ΟΑΠ/Μ 32/13-14	€ 1300,00	€ 1300,00	Εξωτερικός Συνεργάτης	19/02/14	001	€ 400,00	€ 900,00	Όνομα: xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx Αρ.ταυτ: 000000 Τηλ. 00 000000 Διευθυνση: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
ΟΑΠ/Μ 32/13-14	€ 1300,00	€ 900,00	Εξωτερικός Συνεργάτης	19/03/14	002	€ 400,00	€ 500,00	Όνομα: xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx Αρ.ταυτ: 000000 Τηλ. 00 000000 Διευθυνση: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
ΟΑΠ/Μ 32/13-14	€ 1300,00	€ 500,00	Εξωτερικός Συνεργάτης	19/04/14	003	€ 400,00	€ 100,00	Όνομα: xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx Αρ.ταυτ: 000000 Τηλ. 00 000000 Διευθυνση: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Σφραγίδα Σχολείου:	Υπογραφή Διευθυντή/ντριας:	Μέρος Α΄ - Σύσταση Πληρωμής: Βεβαιώνω την ορθότητα και συστήνω την πληρωμή σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία και Εγκυκλίου του Γενικού Λογιστηρίου της Δημοκρατίας	Μέρος Β΄ - Εξουσιοδότηση Πληρωμής:
	Όνομα Διευθυντή/ντριας:	Υπογραφή Αρμόδιου Λειτουργού:	Εγκρίνεται και εξουσιοδοτείται η πληρωμή
	Ημερ.:	Όνομα Αρμόδιου Λειτουργού:	Υπογραφή Ελεγχόντα Λειτουργού:.....
		Ημερ.:	Όνομα Ελεγχόντα Λειτουργού:.....
			Ημερ.:.....