**(ANEXO 5 )**

(MEMBRETE DE LA EMPRESA)

**CERTIFICADO MISIÓN INVERSA**

D/Dª [ ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------], Representante legal de la entidad [---------------------------------------------------------------------] con NIF  [--------------]

**CERTIFICA QUE**:

D./Dª [------------------------------------------------------------------------------------------------------] con cargo de [---------------------------------------- ] en la empresa [--------------------------------------------------------]

realizo una misión inversa desde [------------------------------] con destino a [--------------------------] con motivo de [------------------------------------------------------------------------------------------------------] el/los dia/s [---------------------------------------------------------------------------].

Los gastos incurridos por la empresa beneficiaria en el Programa ICEXNEXT en la misión inversa declarada, son los siguientes:

|  |
| --- |
| **DETALLE GASTOS DECLARADOS MISION INVERSA** |
| Concepto | Proveedor | Nº Factura | Fecha | Importe | Forma de pago |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

Firmado digitalmente: