***Open Call for Puglia Innovation Healthcare***

***Allegato B***

***Progetto “………………………………..”***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VOCE DI SPESA** | **IMPORTO (EURO)** | **PERCENTUALE SUL COSTO TOTALE** |
| **Personale (dipendente e non dipendente)** |  |  |
| **Attrezzature** |  |  |
| **Materiale di consumo** |  |  |
| **Servizi e prestazioni da terzi** |  |  |
| **Missioni** |  |  |
| **Spese generali (max 7% del costo totale di progetto)** |  |  |
| **TOT** |  | **100%** |