

Pedido de pago de la institución que recibe becario (Anexo B)

Sociedad Argentina de Reumatología

S / D

A los ____ días del mes de _____ de 20____.

Por la presente solicito se realice la transferencia de fondo por la suma de \$ 350.000 por mes por ____ meses (máximo 3 meses) , a la cuenta de ahorros de Banco

_____ a nombre de _____

N de CUIT/CUIL _____ CBU _____ en concepto de honorarios docentes y perfeccionamiento del Dr/a. _____, en Servicio de

Reumatología del _____ desde el día

____/____/____ hasta el día ____/____/____ , entendiendo las condiciones

preestablecidas por la SAR para aplicar a la beca UNTER y habiendo cumplimentado toda la documentación requerida por la institución para comenzar su rotación en nuestra Institución.

Saludo Atte.