

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 \$ 300.000 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.