



SAR

Sociedad Argentina
de **Reumatología**

Sociedad Argentina de Reumatología

S/d

Por la presente solicito me transfiera el monto de \$30.000.- (Pesos treinta mil)

mensuales, N° de CUIT/CUIL _____ CBU _____

en concepto de Honorarios docentes y perfeccionamiento del Dr/a _____, en

el Servicio de Reumatología del **XXXXXXXXXXXXXX** desde el día **XX/XX/20XX** hasta

el día **XX/XX/20XX**, estableciendo que el mismo ha cumplimentado toda la

documentación requerida para comenzar su rotación en nuestra Institución.

Saludo Atte.

Firma _____

Sello Institución _____

Aclaración _____