

Sociedad Argentina de Reumatología

S..... /D

DD/MM/AAAA

Por la presente solicito se realice la transferencia de fondo por la suma de \$ 83.330 por mes por ____ 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.

Firma _____ Sello Institución _____

Aclaración _____