

Sociedad Argentina de Reumatología

S...../.....D

DD/MM/AAAA

Por la presente solicito se realice la transferencia de fondos por la suma de 50.000 PESOS por mes por meses, a la cuenta de ahorros de Banco

a nombre de.....N.º de CUIT/CUIL_____, CBU_____ en concepto de Honorarios docentes y perfeccionamiento del Dr/a_____, en el Servicio de Reumatología del XXXXXXXXXXXX desde el día XX/XX/20XX hasta el día XX/XX/20XX, 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_____