|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE PAGO ANUALIDAD SUM** **POR PEDECIBA****2023** |
| **Nombre del socio \*** |  |
| **Anualidad a pagar \*\*** |  |
| **Categoría \*\*\***(Marcar la que corresponda) | **Nivel I - $500****Estudiantes de grado; técnicos de laboratorio.** |  |
| **Nivel II - $750****Estudiantes de post-grado.** |  |
| **Nivel III - $1000****Profesionales.** |  |
| **Monto total:**(Monto que corresponda) |  |
| **Debitar de la alícuota de: \*\*\*\*** |  |

**\*** Indicar el nombre del investigador o estudiante que abona su anualidad

**\*\*** Indicar a qué año/s corresponde la/s anualidad/es a pagar

**\*\*\*** Indicar categoría que corresponda

**\*\*\*\*** Indicar el nombre de la persona a la que se le debitará el monto de la anualidad de su alícuota PEDECIBA.

Firma Investigador / Estudiante a quien se debitará de su alicuota:

Fecha: