|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Chihuahua, Chih. ${fecha} | | |
|  | | |
| **A quien corresponda** | | |
| P r e s e n t e | | |
|  | | |
| Por la presente **AUTORIZO** que los apoyos de beca generados por el Convenio de Residencias profesionales entre ${institucion} y Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C., sean realizados a través de una cuenta bancaria de nómina abierta a mi nombre en el Banco Santander. | | |
|  | | |
| Sin otro particular por el momento, | | |
|  | | |
| Atentamente, | | |
|  | | |
|  | | |
|  |  |  |
| ${becario} | | |