

Dr./a. _____

En relación a los requisitos establecidos en la Convocatoria de la **I BECA DE NEUROCOOPERACIÓN DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA (AMN)**, manifiesto expresamente mi aceptación y conformidad con la Convocatoria, las Bases y los requisitos establecidos en la misma. De igual forma manifiesto expresamente someterme sin limitación, condicionamiento o reserva alguna, comprometiéndome a actuar con estricta sujeción a los términos de la referida Convocatoria.

Del mismo modo: Conozco y acepto:

- Que con esta beca no se establece ningún tipo de relación contractual ni laboral, ni implica compromiso alguno por parte de la AMN, de incorporación futura a la plantilla de ésta.
- El importe objeto de esta beca está sujeto a la retención IRPF de acuerdo a la normativa fiscal vigente en el momento.
- Por defecto, el importe de la beca será entregado directamente al beneficiario.

Sin otro particular, atentamente,

Firma

Nombre:

DNI:

Fecha: