|  |
| --- |
| **Beca FEHH-GILEAD para Formación en**  **Investigación en Terapia Celular en un centro**  **internacional**  **Convocatoria 2021** |

**AVAL DE DOS SOCIOS DE LA SEHH**

Por la presente, los dos socios de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) abajo firmantes avalan la propuesta de D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como candidato a investigador contratado por el centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Los abajo firmantes, al haber tenido contacto profesional con el solicitante declaran conocerle y dan fe de que cumple con los requisitos incluidos en la convocatoria a la que se hace referencia (Beca de investigación de la FEHH-Gilead. Convocatoria 2019).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D. /Dña. | | |  | | | | | D./Dña. | | | |  | | | | |
| N.I.F. |  | | | | | | | N.I.F. |  | | | | | | | |
| Centro de trabajo | | | | |  | | | Centro de trabajo | | | | | |  | | |
| Dirección | | |  | | | | | Dirección | | | |  | | | | |
| Teléfono móvil | | | |  | | | | Teléfono móvil | | | | |  | | | |
| e-mail: | |  | | | | | | e-mail | |  | | | | | | |
| Declaro que soy socio fundador, numerario o postgraduado de la SEHH y avalo con mi firma la solicitud de la beca de investigación de la FEHH para el centro y el investigador arriba consignados. | | | | | | | | Declaro que soy socio fundador, numerario o postgraduado de la SEHH y avalo con mi firma la solicitud de la beca de investigación de la FEHH para el centro y el investigador arriba consignados. | | | | | | | | |
| En | |  | | | | Fecha |  | En | | |  | | | | Fecha |  |
| Firma: | | | | | | | | Firma: | | | | | | | | |