



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

TARIFARIO

PROCESO DE AUTORIZACIÓN DE CAMPOS CLÍNICOS

PAGO POR CADA PROGRAMA Y SEDE DOCENTE	S/	1,200.00
---------------------------------------	----	----------

SÍRVASE PAGAR MEDIANTE DEPÓSITO Y/O TRANSFERENCIA BANCARIA AL BANCO SCOTIABANK

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSEJO NACIONAL DE RESIDENTADO MEDICO
RUC. 20601699177

ENTIDAD BANCARIA: BANCO SCOTIABANK

N° DE CUENTA DE AHORRO SOLES: 127-0324674

N° CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIA – CCI : 009-040-201270324674-77