

**Acuerdo de pago**

Este documento certifica la estipulación de un acuerdo de pago de $ 200 dólares mensuales por parte del Investigador para cubrir los gastos operativos relacionado al proyecto de investigación a desarrollar en:

CENTRO DE REHABILITACIÓN DE TOXICÓMANOS Y DE INVESTIGACIÓN DE MEDICINAS TRADICIONALES – TAKIWASI, UBICADO EN TARAPOTO, PERÚ Y REPRESENTADO POR EL DIRECTOR CIENTÍFICO (SUPERVISOR DE LA INSTITUCIÓN ANFITRIONA).

El presente acuerdo de pago se refiere a las actividades de investigación de NOMBRE Y AFILIACIÓN DEL PRÁCTICANTE realizadas entre el PERIODO Y EL TEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

Firma por aceptación

*LUGAR Y FECHA*

………………………….

Nombre completo y firma del investigador

Firma por no aceptación

*En caso de pedir una reducción parcial o total de la suma a pagar, especificar en un documento adjunto las motivaciones; estas serán revisadas por el comité evaluador de la propuesta que podrá aceptar o denegar el pedido según las circunstancias sin lugar a reclamos*

*LUGAR Y FECHA*

………………………….

Nombre completo y firma del investigador



**Payment Agreement**

This document certifies the stipulation of a payment agreement of $ 200 dollars per month by the Internship Holder to cover operating expenses related to the research project to be developed in:

TAKIWASI CENTER - CENTRO DE REHABILITACIÓN DE TOXICÓMANOS Y DE INVESTIGACIÓN DE MEDICINAS TRADICIONALES, TARAPOTO, PERU – REPRESENTED BY THE SCIENTIFIC DIRECTOR (HOST INSTITUTION SUPERVISOR)

This payment agreement refers to the research activity of NAME AND AFFILIATION OF THE INTERNSHIP HOLDER to be performed at Takiwasi Center between PERIOD for the project SUBJECT OF INTERNSHIP.

Signature for acceptance

PLACE AND DATE

………………………….

Full name and signature

of the internship holder

Signature for non-acceptance

*In case of requesting a partial or total reduction of the amount to be paid, please specify the reasons in an attached document; these will be reviewed by the Institutional Review Board, which may accept or deny the request according to the circumstances without the possibility of any claim.*

………………………….

Full name and signature

of the internship holder

PLACE AND DATE