##### ACEPTACIÓN DEL GRUPO RECEPTOR - Anexo III

|  |
| --- |
| El/La Dr./Dra.      , con NIF       y responsable del Grupo      , se compromete a aceptar e integrar en su grupo a      , con NIF      , en caso de ser beneficiario/a de un contrato de investigación para post residentes.  En      ,       de      .  Fdo. Responsable de Grupo  Fdo. Contratado/a |