

TALÓN DE INSCRIPCIÓN
CURSO DE PREVENCIÓN SOCHICAR AÑO 2024
19 AL 20 DE ABRIL 2024 – HOTEL SHERATON SANTIAGO

NOMBRE COMPLETO								
NÚMERO RUT O PASAPORTE				CELULAR				
CIUDAD				NACIONALIDAD				
LUGAR DE TRABAJO (HOSP) O CLÍNICA								
E-MAIL (se solicita escribir por favor con letra clara)								
TIPO DE PROFESIONAL	SOCIO:	<input type="checkbox"/>	MÉDICO	<input type="checkbox"/>	BECADO	<input type="checkbox"/>	OTRO (ESPECIFIQUE)	<input type="text"/>
	NO SOCIO:	<input type="checkbox"/>	MÉDICO	<input type="checkbox"/>	BECADO	<input type="checkbox"/>	OTRO (ESPECIFIQUE)	<input type="text"/>
ESPECIALIDAD				SUBESPECIALIDAD				
	ADULTO			<input type="checkbox"/>	PEDIATRA			

Se ruega completar todos los datos solicitados en esta ficha para poder realizar correctamente su inscripción, enviándola junto al comprobante de transferencia a: ricardo.rojo@sochicar.cl

VALOR INSCRIPCIÓN

Valores de Inscripción	
Categoría	Valor
Médicos Socios	\$ 50.000
Médicos No Socios	\$ 80.000
Otros Profesionales Socios	\$ 25.000
Otros Profesionales No Socios	\$ 50.000
Becados Socios	Liberado
Becados No Socios	\$ 25.000
Alumnos	\$ 10.000

Transferencia - Deposito
 Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
 RUT: 70.008.590-2
 Banco Scotiabank
 N° Cuenta Corriente: 360055364
 Correo de inscripción: ricardo.rojo@sochicar.cl