



CURSO ONLINE POST GRADO SOCHICAR 2024 11, 12 y 13 DE JULIO DE 2024 – MODALIDAD A DISTANCIA

| | |
|--|--|
| NOMBRE COMPLETO | |
| CIUDAD | |
| LUGAR DE TRABAJO (HOSP) o CLINICA | |
| TELÉFONOS | |
| E-MAIL (se solicita por favor con letra clara) | A ESTA DIRECCIÓN SE ENVIARÁ EL LINK DE ACCESO |
| ESTADO (ESPECIFICAR) | Socio ___ Dr. No Socio ___ E.U. ___ KLGO. ___ Becados ___ Otro(especifique) _____ Adulto _____ Pediastra _____ |
| ESPECIALIDAD | |
| NUMERO RUT / PASAPORTE | |

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

VALOR INSCRIPCIÓN

| Categoría | Valor |
|-------------------------------|------------------|
| Socios | Liberado de Pago |
| Médicos No Socios | \$ 70.000 |
| Otros Profesionales No Socios | \$ 50.000 |
| Becados No Socios | \$ 35.000 |
| Internos | \$ 15.000 |
| INSCRIPCIONES EXTRANJERO | PAYPAL |
| Médicos | USD\$ 90 |

| |
|---|
| Transferencia - Deposito Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. RUT. : 70.008.590-2 Banco Scotiabank Nº Cuenta Corriente: 360055364 Correo de inscripción: angelica.perez@sochicar.cl |
|---|