

**TALÓN DE INSCRIPCIÓN**  
**CURSO DE ARRITMIAS SOCHICAR AÑO 2024**  
**06 AL 07 DE SEPTIEMBRE 2024 – HOTEL SHERATON SANTIAGO**

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

**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](mailto:ricardo.rojo@sochicar.cl)**

**VALOR INSCRIPCIÓN**

Valores de Inscripción	Valor
Médicos Socios	\$ 50.000
Médicos No Socios	\$ 100.000
Otros Profesionales Socios	\$ 30.000
Otros Profesionales No Socios	\$ 60.000
Becados Socios	\$ 30.000
Becados No Socios	\$ 60.000

Transferencia - Depósito Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. RUT: 70.008.590-2 Banco Scotiabank N° Cuenta Corriente: 360055364 Correo de inscripción: <a href="mailto:ricardo.rojo@sochicar.cl">ricardo.rojo@sochicar.cl</a>
---