TALÓN DE INSCRIPCIÓN
CURSO DE PREVENCIÓN SOCHICAR AÑO 2025
25 AL 26 DE ABRIL 2025 – 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:		MÉDICO		BECADO	OTRO (ESPECIFIQUE)
	NO SOCIO:		MÉDICO		BECADO	OTRO (ESPECIFIQUE)
ESPECIALIDAD				SUBESPECIALIDAD		
	ADULTO				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	\$ 55.000
Médicos No Socios	\$ 90.000
Otros Profesionales Socios	\$ 30.000
Otros Profesionales No Socios	\$ 60.000
Becados Socios	\$ 25.000
Becados No Socios	\$ 30.000
Alumnos	\$ 20.000

Transferencia - Depósito
 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