

TALÓN DE INSCRIPCIÓN
CURSO DE HEMODINAMIA SOCHICAR AÑO 2025
11 Y 12 DE ABRIL 2025 – HOTEL BEST WESTERN PREMIER MARINA LAS CONDES

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 Hemodinamistas Socios	\$ Liberado de pago
Otros Profesionales Socios	\$ Liberado de pago
Médicos No Socios	\$ 100.000
Otros Profesionales No Socios	\$ 50.000

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