

TALÓN DE INSCRIPCIÓN
CURSO DE ECOCARDIOGRAFÍA SOCHICAR AÑO 2025
09 AL 10 DE MAYO 2025 – HOTEL SHERATON SANTIAGO

NOMBRE COMPLETO							
NÚMERO RUT O PASAPORTE				CELULAR	+56 9		
CIUDAD				NACIONALIDAD			
LUGAR DE TRABAJO (HOSP) O CLÍNICA							
E-MAIL (se solicita escribir por favor con letra clara)	A ESTE MAIL SE ENVIARÁ EL “QR” PARA SU ACREDITACIÓN EN EL HOTEL						
TIPO DE PROFESIONAL	SOCIO:	MÉDICO	BECADO	OTRO (ESPECIFIQUE)			
	NO SOCIO:	MÉDICO	BECADO	OTRO (ESPECIFIQUE)			
ESPECIALIDAD				SUBESPECIALIDAD			
	ATENCIÓN DE : ADULTO / PEDIATRA (A / P)				SEXO (M / F)		

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	\$ 110.000
Médicos No Socios	\$ 210.000
Becados Socios	\$ 40.000
Becados No Socios	\$ 80.000
Otros Profesionales Socios	\$ 40.000
Otros Profesionales No Socios	\$ 80.000

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