

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

<b>NOMBRE COMPLETO</b>							
<b>NÚMERO RUT O PASAPORTE</b>		<b>CELULAR</b>			<b>+56 9</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>	A ESTE MAIL SE ENVIARÁ EL “QR” PARA SU ACREDITACIÓN EN EL HOTEL						
<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>ATENCIÓN DE :</b> <b>ADULTO / PEDIATRA (A / P)</b>					<b>SEXO (M / F)</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	
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](mailto:ricardo.rojo@sochicar.cl)