

**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					
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](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)