

TALÓN DE INSCRIPCIÓN
CURSO DE ONLINE POST GRADO SOCHICAR 2025
17 AL 19 DE JULIO 2025 – MODALIDAD A DISTANCIA

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)	<u>A ESTE MAIL SE ENVIARÁ EL LINK DE ACCESO</u>						
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

Categoría	Valor
Socios	Liberado
Médicos No Socios	\$ 80.000
Becados No Socios	\$ 40.000
Otros Profesionales No Socios	\$ 50.000
Internos	\$ 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

INSCRIPCIONES EXTRANJERO	PAYPAL
Médicos	USD\$ 100