

TALÓN DE INSCRIPCIÓN
CURSO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AÑO 2025
17 Y 18 DE OCTUBRE 2025 – HOTEL PARK PLAZA, PROVIDENCIA

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:	<input type="checkbox"/>	MÉDICO	<input type="checkbox"/>	BECADO	<input type="checkbox"/>	OTRO (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/>
	NO SOCIO:	<input type="checkbox"/>	MÉDICO	<input type="checkbox"/>	BECADO	<input type="checkbox"/>	OTRO (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/>
ESPECIALIDAD				SUBESPECIALIDAD				
	ADULTO			<input type="checkbox"/>	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 Socios	\$ 60.000
Médicos No Socios	\$ 120.000
Otros Profesionales Socios	\$ 35.000
Otros Profesionales No Socios	\$ 70.000
Becados Socios	\$ 35.000
Becados No Socios	\$ 70.000

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
--