

TALÓN DE INSCRIPCIÓN
CURSO DE PREVENCIÓN SOCHICAR AÑO 2026
24 - 25 DE ABRIL 2026 – 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

VALOR INSCRIPCIÓN

Valores de Inscripción	
Categoría	Valor
Médicos Socios	\$ 60.000
Médicos No Socios	\$ 100.000
Otros Profesionales Socios	\$ 40.000
Otros Profesionales No Socios	\$ 70.000
Becados Socios	\$ 35.000
Becados No Socios	\$ 50.000
Alumnos	\$ 25.000

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