

TALÓN DE INSCRIPCIÓN
JORNADAS TRASANDINAS 2026
31 DE JULIO Y 01 DE AGOSTO – HOTEL ALMA SUR, 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:	<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	\$ 35.000
Médicos No Socios	\$ 70.000
Otros Profesionales Socios	\$ 30.000
Médicos - Otros Profesionales	USD 40

Transferencia - Depósito

Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

RUT: 70.008.590-2

Banco Scotiabank

Nº Cuenta Corriente: 360055364

Correo de inscripción: ricardo.rojo@sochicar.cl