****

**SOLICITUD DE INSCRIPCION**

NOMBRE: *……………………………..............................................................................................*

ESPECIALIDAD: …………………………………………………………………………………………………………….

 LUGAR DE TRABAJO: ………………………………………………………………………………………………………

 TELEFONO: ………………………………………………………………………………

MAIL: ……………………………………………………………………………………..

CUIDAD: ……………………………………………………………………………………

VALOR NO SOCIOS $ 60.000 …..……………

VALOR SOCIOS SOCHIRE $40.000 ………………………

VALOR BECADOS E INTERNOS $ 20.000 ………………

**DEPOSITO BANCO de CHILE / CTA CORRIENTE N° 220877307**

**A nombre de Corporación de Fibromialgia de Chile**

**Transferencia Electrónica : Rut / 65.453.210-9**

ENVIAR SOLICITUD Y COMPROBANTE DE PAGO A:

**curso@fibromialgiachile.cl**

