# INSCRIPCIONES

**VI Congreso Chileno de Medicina del Sueño  
28 al 30 de Septiembre, 2017  
Hotel Enjoy, Pucón - Chile**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

PROFESIÓN

CORREO ELECTRÓNICO

TIPO DE INSCRIPCIÓN (MARQUE LA ALTERNATIVA)

* CONGRESO
* PRECONGRESO
* CONGRESO + PRECONGRESO

LE RECORDAMOS QUE PARA HACER EFECTIVA SU INSCRIPCIÓN DEBERÁ ENVIAR A [congresonacionalsochimes@gmail.com](mailto:congresonacionalsochimes@gmail.com) EL COMPROBANTE DE DEPÓSITO Y ESTA FICHA DE INSCRIPCIÓN. PARA REALIZAR EL DEPÓSITO SE LE INFORMAN LOS DATOS A CONTINUACIÓN:

* Cta. Cte. Banco Itau
* RUT: 65860560-7
* Número de Cuenta: 201041116
* SOCIEDAD CHILENA DE MEDICINA DE SUEÑO