



DATOS PERSONALES	FORMULARIO DE INSCRIPCION
Nombres:	
Apellidos:	
Especialidad:	
Lugar de Trabajo:	
Dirección:	
Comuna / Ciudad:	
Email:	
Teléfono:	

CATEGORÍA	VALORES	
	15-07-2017	16-07-2017
Médicos Socios SOCHIORL	\$ 40.000	\$ 50.000
Médicos ORL / Otras Especialistas	\$ 50.000	\$ 60.000
Médicos Residentes	\$ 30.000	\$ 40.000
Tecnólogos Médicos en ORL	\$ 30.000	\$ 40.000
Fonoaudiólogos	\$ 30.000	\$ 40.000
Estudiantes (Cupos limitados)	\$ 20.000	\$ 25.000

Formas de Pago (Marque según corresponda)

1.- EFECTIVO: \$	
------------------	--

2.- CHEQUE: \$	Serie N°	Banco:
Favor extender cheque cruzado y nominativo a Proyecto Global Ltda.		

3- TRANSFERENCIA	Monto cancelado \$
Titular: C&C Proyecto Global Ltda. Rut: 76.016.056-3 / Banco: Itaú / Cuenta Corriente: 020 4929 929	

Favor remitir comprobante vía e-mail a: orlcs@gmail.com

4.- DATOS CONTABLES	Si require recibo contable a nombre de una Sociedad o Institución favor indicar:
Razón Social:	
Rut:	
Giro:	
Dirección:	