|  |
| --- |
|  |
| **FICHA DE INSCRIPCIÓN:** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres y Apellidos:** |  |
| **Especialidad:** |  |
| **Lugar de Trabajo:** |  |
| **Teléfono:** |  |
| **email:** |  |
| **Ciudad:** |  |
| **Valor General: $50.000** |
| **Valor Becados: $25.000** |
| **DEPÓSITO BANCO DE CHILE / CTA. CORRIENTENº 220877307**A nombre de Corporación de Fibromialgia de Chile***Realizar transferencia electrónica al RUT:*** 65.453.210-9**ENVIAR SOLICITUD Y COMPROBANTE DE PAGO A:****curso@fibromialgiachile.cl** |

 |