|  |
| --- |
|  |
| **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. CORRIENTE Nº 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** | | |