**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN:**

|  |
| --- |
| **NOMBRE Y APELLIDO:**  |
| **RUT:** |
| **ESPECIALIDAD:** |
| **LUGAR DE TRABAJO:** |
| **TELÉFONO:** |
| **E-MAIL:** |
| **CIUDAD:** |
| **MODALIDAD:** \_\_\_\_ ASISTENCIA PRESENCIAL  \_\_\_\_ PLATAFORMA VIRTUAL STREAMING |

**DATOS TRANSFERENCIA:** CORPORACIÓN DE FIBROMIALGIA DE CHILE

**ENVIAR COMPROBANTE DE PAGO A:** CURSO@FIBROMIALGIACHILE.CL

BANCO DE CHILE / CUENTA CORRIENTE: **220877307**

**RUT:** 65.453.210-9