

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre completo:

RUN:

Fecha nacimiento:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto:

Especialidad:

Servicio de Salud:

Región:

Domicilio:

SOCIOS PATROCINANTES

Socio 1: Nombre:

Correo electrónico

Socio 1: Nombre:

Correo electrónico

Deseo participar de la Corporación Grupo Sida Chile:

Sí  No

\_\_\_\_\_  
FIRMA