

5^{ta} Jornada de Diálisis

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (Por favor escriba con letra impresa)

Sr. ____ Sra. ____ Srta. ____ Dr. ____ Dra. ____

Nombre: _____ Apellido: _____

Cedula de Identidad: _____

Profesión: _____

Institución: _____

Dirección: _____

Comuna: _____ Ciudad: _____

País: _____ E-Mail: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

VALORES DE INSCRIPCIÓN

Categoría	Valor
Médicos	\$ 30.000
Enfermeras-Nutricionistas-Psicólogos y Otros	\$ 15.000

Valor total: _____

FORMA DE PAGO: Marque con una X

_____ **Transferencia Electrónica**

_____ **Cheque** Cuenta Corriente Número 18817289, Banco Crédito e Inversiones BCI
Nombre del Beneficiario: A.G.E.P.P.D., Rut: 73.054.900-8

Recuerde enviar por fax (56-2) 664 96 38 o e-mail: inscripciones2009@centrosdialchile.cl
copia del comprobante de depósito bancario o de la transferencia con la siguiente
información:

- * Nombre del Banco
- * Cheque n° Serie

DATOS PARA EMISIÓN DE BOLETA DE PAGO:

* Nombre de la empresa: _____

* Rut: _____ Teléfono: (_____) _____

* Dirección: _____ Comuna: _____ Ciudad: _____

Por favor, firme este formulario o de lo contrario no será procesado.
Su firma y envío confirman su aceptación de todos los términos y condiciones de la Jornada.

Fecha: _____ Firma Participante: _____