



Formulario de Inscripción

Nombre Completo:

Rut:

Fecha de nacimiento:

Correo Electrónico:

Teléfono de contacto. Celular

Red fija

Trabajo

Especialidad:

Servicio de Salud:

Región:

Domicilio:

Socios Patrocinantes

Socio 1: Nombre

Correo Electrónico

Socio 2: Nombre

Correo Electrónico

Deseo participar de la Corporación Sida Chile. Sí No

Santiago, 2016

Corporación Grupo SIDA CHILE, Miguel Claro 195, Of. 405, Providencia.

Fono: 2-25550680