



# ASOCIACION CHILENA DE NUTRICION CLINICA Y METABOLISMO

## FORMULARIO INSCRIPCIÓN SOCIO

<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	
NOMBRE:	
RUT:	PROFESIÓN:
DIRECCIÓN:	COMUNA:
TELEFONO:	E-MAILS:

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA (dirección/fono/fax)

1.
2.

CONSULTA PRIVADA (dirección/fono/fax):

1.
2.
3.

### INFORMACIÓN CURRICULAR

(completar, adjuntando fotocopia de los antecedentes)

1. Universidad y año de egreso:
2. Escuela de Postgrado
3. CONACEM
4. Años de Servicio en el S.S.N.S.
5. Actividades académicas:
6. Otros

Por medio del presente formulario, el profesional de la referencia solicita su incorporación a la Asociación Chilena de Nutrición Clínica y Metabolismo, con fecha ....., en calidad de :

SOCIO

SOCIO ACTIVO\*

(\* En caso de solicitar la incorporación como socio activo, deberá acompañar una copia del trabajo de investigación que exigen los Estatutos

<b>PAGO CUOTAS DE SOCIO ANUAL</b> <b>Medicos \$60.000 mil pesos</b>
<b>Otros Profesionales \$30.000 mil pesos</b>

AÑO INGRESO A LA ASOCIACION				
	PAGOS EFECTUADOS			