

**SOLICITUD DE INCORPORACION  
SOCIEDAD CHILENA DE MEDICINA INTENSIVA**

**NOMBRES:**

**APELLIDOS:**

**R.U.T:**

**FECHA DE  
NACIMIENTO:**

**ESPECIALIDAD:**

**DOMICILIO  
PARTICULAR:**

**TELEFONO  
CELULAR:**

**E-MAIL:**

**LUGAR DE TRABAJO**

**INSTITUCION:**

**NUMERO AÑOS  
TRABAJANDO EN LA  
UCI:**

**DIRECCION:**

**TELEFONOS:**

<b>VISTO EN SESION DE FECHA:</b>		
<b>APROBADO:</b>	<b>SI:</b>	<b>NO:</b>

**PRESENTADO POR LOS SOCIOS:**


**COMPROMISO DE CANCELACION**

<b>CUOTA INCORPORACIÓN</b>	
MÉDICO	\$25.000
ENFERMERIA:	\$15.000
KINESIOLOGÍA	\$15.000
FARMACÉUTICO CÍNICOS	\$15.000
FONOAUDIOLOGIA	\$15.000
TERAPEUTA OCUPACIONAL	\$15.000

<b>CUOTA ANUAL</b>	
MÉDICO	\$96.000
ENFERMERIA:	\$30.000
KINESIOLOGÍA	\$30.000
FARMACÉUTICO CÍNICOS	\$30.000
FONOAUDIOLOGIA	\$30.000
TERAPEUTA OCUPACIONAL	\$30.000

-----  
**FIRMA DEL POSTULANTE**