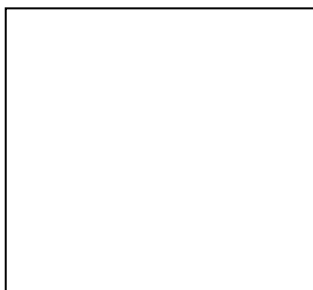




**SOLICITUD DE INGRESO
SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGIA DE CHILE
SOCIO(A) COOPERADOR(A)**

Foto carnet del solicitante



DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE	
NOMBRE COMPLETO	
RUT.	
DIRECCIÓN - COMUNA	
FONO DOMICILIO	
CELULAR	
E-MAIL	
LUGAR DE TRABAJO	
FONO TRABAJO	
FAX TRABAJO	
UNIVERSIDAD DE TITULACION	
FECHA TITULO MEDICO CIRUJANO	

FORMACIÓN ANESTESIOLOGICA (completar la información según corresponda)		
Beca Universitaria	Entre los años :	Hospital
Beca Autofinanciada	Entre los años :	Hospital
Beca Ministerial	Entre los años :	Hospital
CERTIFICADOS DE ACREDITACION QUE ADJUNTA (marque con una X)		
Escuela de Postgrado =	CONACEM =	Título Médico Cirujano =

Firma solicitante