

**www.sachile.cl**

**Ficha de Reunión Clínica**

|  |
| --- |
| **Información general** |
| Nombre de la reunión |  |
| Comité organizador |  |
| Fecha |  |
| Hora |  |
| **Anestesiólogo(a) a cargo de la reunión clínica** |
| Nombre |  |
| Teléfono |  |
| Correo |  |
| **Descripción de la reunión clínica (100-300 palabras)** |
|  |
| **Programa de la reunión clínica** |
|  |
| **Listado de participantes (expositores, moderadores, panelistas, etc.), breve currículum y correo electrónico** |
|  |