

**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** | | |
|  | | |