



FORMULARIO INSCRIPCIÓN ONG. SOFMAX-CHILE

Espacio
De
Fotografía.

1.- DATOS GENERALES.:

Con el fin de identificar perfectamente al postulante, debe completar los siguientes datos personales.

NOMBRES:		RUT:	
APELLIDOS:		F.NAC:	
DOMICILIO PARTICULAR :			
TELÉFONO PARTICULAR:			
DOMICILIO OFICINA:			
TELEFONO OFICINA:			
CORREO ELECTRÓNICO			

2.-DATOS ACADÉMICOS.

El postulante puede ser profesional de la salud, que puede pertenecer distintas especialidades o áreas afines a la ortopedia funcional de los maxilares, como kinesiología, fonoaudiología, medicina general, medicina de especialidad como pediatría, traumatología, familiar, odontología general y de especialidad, u otra, por lo tanto se ruega entregar además la siguiente información.

AÑO DE TÍTULO:		UNIVERSIDAD	
TÍTULO			
ESPECIALIDAD :			
UNIVERSIDAD :			
AÑO DE ACREDITACIÓN:			

Se debe entregar, en un plazo máximo de 30 días una vez recibida la presente solicitud lo siguiente: fotocopia de carné por ambos lados, certificado de título



legalizado y certificado de especialidad acreditada legalizada si corresponde y una fotografía tamaño carné

3.- DE LOS COSTOS:

El postulante debe cancelar, por concepto de inscripción, \$50.000, por una sola vez, más una mensualidad de \$ 10.000 pagados por periodo anual en 3 o 4 documentos.

Como SOFMAX es un organismo no gubernamental, solo se reciben aportes por concepto de donación, los cuales pueden ser rebajados de impuestos, según sea el caso.

4.-MANIFIESTO: De su puño y letra, exprese sus deseo de integrar nuestro organismo, indicando que espera de él y cuál será su aporte al mismo.

Nombre.

Firma.

Fecha.