

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN

Sociedad de Cirugía Veterinaria de Chile

|  |
| --- |
| FECHA: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antecedentes Personales** | | | | | |
| **Apellido Paterno** | | | **Apellido Materno** | **Nombres** | |
|  | | |  |  |  |
| **Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)** | | | **País** | **Ciudad** | **Teléfono** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Dirección (Calle/N°/Depto/Comuna)** | | | | **RUT/DNI** | **Email** |
|  | | | |  |  |
| **Lugar de trabajo** | | | | **Dirección laboral (Calle/N°/Comuna)** | |
|  | | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antecedentes Académicos** | | | |
| **Profesión** | | **Grado (MV/Estudiante/Egresado)** | |
|  | |  | |
| **Institución Educacional Pregrado** | | **Fecha titulación** | **Ciudad** |
|  | |  |  |
| **Postgrado** | **Institución de postgrado** | **Duración** | **Modalidad (Presencial/Online)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Proceso de incorporación**

\* El presente documento debe ser llenado en su totalidad e ir acompañado de **certificado de título, Breve Curriculum y copia cédula de identidad**. Una vez recepcionados los documentos se ingresan a evaluación por el consejo competente con plazo de respuesta de 10 días hábiles o hasta la próxima reunión de asamblea.

En caso de aceptación cuenta con un plazo de 10 días para realizar el pago por cuota de incorporación equivalente a 1 UF o 40 USD en caso de ser extranjero, además del pago anual de 200.000.- pesos chilenos o 200 USD.

BANCO ESTADO

SOCIEDAD DE CIRUGIA VETERINARIA DE CHILE A.G.

CHEQUERA ELECTRONICA N° 32870237226

[socivech@gmail.com](mailto:socivech@gmail.com)

Para envío de documentación, dudas o consultas comunicarse directamente a través de nuestro correo electrónico socivech@gmail.com