|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de inscripción** | | | | | |  |  |  |
| **Nombres** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Apellidos** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Fecha Nacimiento** | | | **Nacionalidad** | | **N° Documento Identidad** | | | |
|  |  |  |  | |  | | | |
| **Dirección** | | | | | | | | |
| **Particular** | | | | **Laboral** | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **Teléfonos de contacto** | | | | | | | | |
| **Particular** | | | | **Laboral** | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **Correo Electrónico** | | | | | | | | |
| **Particular** | | | | **Laboral** | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **Oficio/Profesión** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **País-Ciudad donde realizó estudios** | | | | **Institución donde realizó estudios** | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **Lugar de trabajo** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **¿Por qué está interesado/a en ser colaborador de ACHIM?** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**Valor inscripción: $ 10.000**

**Membresía (cuota anual de colaboración) Profesionales: $ 30.000**

**Membresía (cuota anual de colaboración) Estudiantes de MT: $ 15.000**

Transferencia electrónica o depósito a nombre de:

Gabriela Martinez

Rut 17024885-6

Cuenta 17024885

Cuenta Rut Banco Estado

Correo: contacto@achim.cl

**Requisitos inscripción:**

**Estudiantes:** Acreditar mediante certificado emitido por la institución de educación respectiva.

**Profesionales:** Título emitido por la institución de educación respectiva.

Declaró estar en conocimiento de los estatutos de la asociación.

Firma