|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de inscripción** |  |  |  |
| **Nombres** |
|  |
| **Apellidos** |
|  |
| **Fecha Nacimiento** | **Nacionalidad** | **N° Documento Identidad** |
|  |  |  |  |  |
| **Dirección** |
| **Particular** | **Laboral** |
|  |  |
| **Teléfonos de contacto** |
| **Particular** | **Laboral** |
|  |  |
| **Correo Electrónico** |
| **Particular** | **Laboral** |
|  |  |
| **Institución donde cursó estudios de musicoterapia** |
|  |
| **País-Ciudad donde realizó estudios** | **Título y/o grado académico obtenido** |
|  |  |
| **¿Actualmente ejerce como musicoterapeuta?** |
|  |
| **Área en la cual ejerce musicoterapia** | **Lugar de trabajo donde ejerce musicoterapia** |
|  |  |

**Valor inscripción: $ 10.000**

**Membresía: $ 30.000**

Transferencia electrónica o depósito a nombre de:

Gabriela Martinez

Rut 17024885-6

Cuenta 17024885

Cuenta Rut Banco Estado

Correo: contacto@achim.cl

**Requisitos inscripción:**

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

Declaró estar en conocimiento de los estatutos de la asociación.

Firma