|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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](mailto:contacto@achim.cl)

**Requisitos inscripción:**

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

Declaró estar en conocimiento de los estatutos de la asociación.

Firma