



SOLICITUD INCORPORACIÓN SOCIO COLABORADOR (Persona Natural)

Don (doña), _____ de nacionalidad _____, cédula nacional de identidad N° _____, de profesión, actividad u oficio _____, domiciliado (a) en _____, Comuna de _____, de la ciudad de _____, Región _____, País _____ solicita al Directorio de la Corporación “Asociación Chilena de Informática en Salud – ACHISA”, su ingreso como **SOCIO COLABORADOR**, declarando estar plenamente conforme con los fines de la institución y comprometiéndose a cumplir fielmente sus Estatutos, sus Reglamentos y los acuerdos de Directorio y de la Asamblea General, en caso de ser aceptado(a). Asimismo manifiesta su intención de proporcionar la siguiente cuota socio colaborador:

A) Categoría CUOTA recurrente (anual): [] **BRONCE** (\$250.000); [] **PLATA** (\$500.000); [] **ORO** (\$1.000.000); [] **PLATINO** (\$3.000.000).

y/o

B) Otro tipo de CUOTA (describir): _____

Frecuencia de la CUOTA: [] Anual; [] Una sola vez; _____ (otra frecuencia, indicar).

Santiago, a ___ de _____ de 20__

FIRMA DEL SOLICITANTE

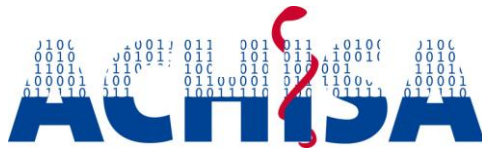
PARA USO EXCLUSIVO DEL DIRECTORIO DE LA ASOCIACION CHILENA DE INFORMATICA EN SALUD

El Directorio de la Asociación Chilena de Informática en Salud, ACHISA, en sesión de fecha ___ de _____ de 20__ ,conoció la solicitud de ingreso que antecede y acordó :

[] ACEPTARLA / [] RECHAZARLA,

ordenando al (la) Secretario(a) del Directorio inscribir al nuevo socio colaborador en el Registro correspondiente en caso de aceptación.

(Firman todos los Directores presentes en la sesión)



SOLICITUD INCORPORACIÓN SOCIO COLABORADOR (Persona Natural)

ANEXO – CATEGORIAS CUOTAS SOCIO COLABORADOR, FORMA DE ENTREGA Y PLAZOS

CATEGORIAS CUOTAS ANUALES SOCIO COLABORADOR (2012-2013)

CATEGORIA CUOTA SOCIO COLABORADOR	MONTO CUOTA ANUAL (*)
BRONCE	\$ 250.000
PLATA	\$ 500.000
ORO	\$ 1.000.000
PLATINO	\$ 3.000.000

(*) cuotas socio colaborador en pesos chilenos (CLP).

Nota: el socio colaborador puede eventualmente elegir otras cuotas o categorías de cuota, según sus posibilidades.

FORMA DE ENTREGA DE ESTE FORMULARIO

Imprimir, llenar, firmar y hacer llegar el original físico (papel) del presente formulario y fotocopia carnet de identidad (ambos lados) a la siguiente dirección:

Asociación Chilena de Informática en Salud – ACHISA
Napoleón 3565 of. 202
Las Condes – Santiago - Chile

Se recomienda además dar aviso o tomar contacto de todas formas con secretario@achisa.org

TIEMPO DE RESPUESTA

El Directorio de ACHISA se manifestará **en el plazo de 30 días** desde la recepción efectiva de la solicitud. Cualquier duda o consulta contactar secretario@achisa.org y/o presidente@achisa.org