

## ACREDITACION CLINICA JUAN PABLO II

NOMBRE COMPLETO		RUT
DIRECCION	COMUNA	RCM
TELEFONO	MAIL	
DIRECCION CONSULTA	COMUNA	TELEFONO FAX
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	
FECHA T TITULO Y UNIVERSIDAD QUE LO OTORGA O REVALIDA (Acompañar fotocopia certificado)		
GRADO ACADEMICO (acompañar Fotocopia certificado)		
ESPECIALIDAD (Acompañar Fotocopia Certificado)		
SUBESPECIALIDA(ADES) (Acompañar Fotocopia certificado)		
AREAS DE MAYOR INTERES		
LUGAR (ES ) DE TRABAJO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS		
SOCIEDADES A CIENTIFICAS A LAS QUE PERTENECE		
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL (Adjunte fotocopia póliza) SI <input type="checkbox"/> X NO <input type="checkbox"/>		
COMPAÑÍA _____		

**Entregar la documentación requerida en Cuentas Medicas o Pabellones de Clínica Juan Pablo II**