

FICHA DE PARTICIPACIÓN

Por favor completar y enviar al mail

mwillablanca@hospitalaria.cl

Responsable: Fecha: / /

RUT responsable:

Empresa:	
RUT:	
Giro:	
Dirección:	
Comuna:	
Ciudad:	
País:	
Teléfono:	
E-mail:	
Celular responsable:	
Mail Responsable:	

Tipo de participación

Selección tipo de stand y número: UF.....+ IVA

Selección adicional: UF.....+ IVA

Monto final \$ *Valor UF al día de hoy \$.....

I.V.A. \$

TOTAL A PAGAR \$

Forma de pago acordada:

Orden de Compra debe ser enviada a:

HOSPITALARIA LTDA.

RUT: 76.047.584-K

GIRO: ASESORIAS PROFESIONALES

DIRECCIÓN: Los militares 5620,
of 1004, Las Condes

Firma: _____

La firma de la presente ficha significa conocer y aceptar las condiciones de participación.

***Se solicita envío de logo de la empresa para publicidad.**