



XXVI Congreso Chileno de Fitopatología

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Nombres y Apellidos		Institución o Empresa	
Dirección		Ciudad	País
Teléfono		e-mail	
Presenta trabajo:	Sí	No	Oral Poster
Título del trabajo: _____ _____			
Clasificación temática			
Etiología y diagnóstico	Epidemiología	Patologías emergentes	
Manejo y control	Patologías de post cosecha		
Es usted Socio de SOCHIFIT		Sí	No
Estudiante:	Pregrado		Postgrado



Sistema de pago:

Valor (\$):

Depósito:

Transferencia electrónica:

Titular: Universidad Austral de Chile

Banco: Santander

Cuenta corriente N° 25-90908-9

RUT: 81.380.500-6

e-mail: congresosochifit2018@gmail.com

Importante:

El formulario de inscripción, junto a la copia del comprobante de depósito deben ser enviados a la cuenta de correo electrónico congresosochifit2018@gmail.com

Requiere:

Factura

Boleta

En caso de factura, especifique:

Nombre o razón social:

Rut:

Giro:

Dirección:

Ciudad:

Glosa:

(en caso de proyecto, indicar el nombre del responsable y el código del proyecto)
