

CONTRATO DE ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES DE INTERCAMBIO IFMSA-CHILE

Con fecha ___/___/___, entre la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina – Chile, en adelante IFMSA-Chile, representada legalmente por su Presidenta, Srta. Paulina Alejandra Vera Montecinos, RUT 17.061.004-0, y Don(a) _____, RUT _____, con domicilio en _____, _____, se celebra el presente contrato.

PRIMERO: Declaro haber leído y comprendido toda la documentación referente al proceso de intercambios indicada en la página web de IFMSA-Chile (www.ifmsa.cl), entiéndase “Instrucciones y reglamentos de convocatoria a intercambios SCOPE/SCORE”, “Procedimiento de pago de cuotas”, Resumen del proceso, etc.

SEGUNDO: Acepto las condiciones de pago de cuotas del proceso de intercambio, establecidas en los documentos “Procedimiento de pago de cuotas para Convocatorias y Asignación directa de Intercambios Clínicos-SCOPE” y “Procedimiento de pago de cuotas para Convocatorias y Asignación directa de Intercambios de Investigación-SCORE” puestos a disposición del postulante en la página web de IFMSA-Chile, de acorde a su cupo postulado.

TERCERO: Acepto las condiciones de cancelación del intercambio establecidas en el documento “Reglamentos del Programa de Intercambios Clínicos de IFMSA-Chile” y “Reglamentos del Programa de Intercambios de Investigación de IFMSA-Chile”, acorde al cupo postulado.

Paulina Vera

ifmsa
PRESIDENCIA

Paulina Vera Montecinos

17.061.004-0

Presidenta IFMSA-Chile

Interna 6to año Medicina

Universidad Diego Portales

FIRMA Y RUT POSTULANTE