

BOLETIM DE INSCRIÇÃO

NOME NIF:

MORADA

LOCALIDADE.....CÓDIGO POSTALTELEF/TELM.....

E-MAIL:@.....

MÉDICO ☐ ESPECIALIDADE FISIOTERAPEUTA ☐ ENFERMEIRO ☐

CÉDULA PROF.Nº.

VALOR INSCRIÇÃO: 40,00 €

(INCLUI AS SESSÕES TEÓRICO-PRÁTICAS)

SÓ SERÃO ACEITES INSCRIÇÕES ACOMPANHADAS DO RESPETIVO PAGAMENTO

*FORMAS PAGAMENTO: ☐ TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA: NIB: 001800003721557700112

☐ CHEQUE / VALE POSTAL Nº..... ENT. BANCÁRIA

(EMITIDO À ORDEM DE "XXV CURSO DE REABILITAÇÃO E TRAUMATOLOGIA DO DESPORTO")

ENVIAR PARA: SECRETARIADO DO XXV CURSO DE REABILITAÇÃO E TRAUMATOLOGIA DO DESPORTO
URB.QTA.DAS FONSECAS LOTE 9 R/C-ESQ - 3030-480 COIMBRA