

Formulário de inscrição (25€)

Nome: _____

NIF: _____

Médico ☐ Fisioterapeuta ☐ Enfermeiro ☐

Especialidade (se aplicável): _____

Nº cédula profissional (se aplicável): _____

Local de trabalho: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Inscrição em Workshop (10€)*

1. Exame Clínico Músculo-Esquelético: Avaliação do Joelho

☐

2. Exame Neurológico: Sistema Nervoso Central VS Periférico

☐

3. Cuidados Após Artroplastias: Joelho e Anca

☐

Para completar a sua inscrição nas jornadas, deverá realizar uma transferência bancária para o NIB 0010 0000 51461790001 47. A sua inscrição será confirmada após envio do comprovativo de pagamento para o e-mail: jornadasmfrchaa2014@gmail.com, que deve ser efectuado no prazo máximo de 48 horas após a mesma.

** Os três Workshops decorrerão em simultâneo, pelo que apenas será possível a cada participante inscrever-se num deles.*