



ENTIDADE PROMOTORA



ENTIDADE FORMADORA



NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO

N.º DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL (BI/CC)

N.º DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF)

N.º DE CÉDULA (ORDEM DOS MÉDICOS)

INSTITUIÇÃO

ÁREA

ESPECIALIDADE

GRAU

MORADA

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDADE

CONCELHO

DISTRITO / ILHA / PAÍS

TELEFONE/ TELEMÓVEL

E-MAIL

(preencha com x a opção)

SÓCIO 

N.º

NÃO SÓCIO 

DATA

ASSINATURA (preencha com a assinatura digital ou imprima e assine manualmente)

DESCRIÇÃO

LOCAL DE TRABALHO

CONTATOS

**. NÚMERO LIMITE DE INSCRIÇÕES: 20**

As inscrições serão consideradas pela ordem de chegada, dando prioridade aos sócios do SMN.

**. A INSCRIÇÃO INCLUI:**

Frequência do curso; Documentação; Certificado de participação (com avaliação se solicitada)

**SÓCIO****150 €** (com IVA já incluído)**Não SÓCIO****190 €** (com IVA já incluído)**. Para efetuar a inscrição** envie a ficha de inscrição por e-mail para: [mail@sindicatomedicosnorte.pt](mailto:mail@sindicatomedicosnorte.pt) ou para o fax nº: **22 502 4447****. MAIS INFORMAÇÕES:** TELEF. **225095095**