



**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**