



CLINICA DR. AVELAR

## FORMAÇÃO PROFISSIONAL

### Ficha de Inscrição

Curso em que se inscreve: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local de Realização: \_\_\_\_\_

Nome (completo): \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

N.º Contribuinte \_\_\_\_\_ N.º B. I.: \_\_\_\_\_

emitido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo \_\_\_\_\_

Habilitações Académicas: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### Forma de Pagamento:

Valor da inscrição: \_\_\_\_\_ €

#### Modo de Pagamento:

Dinheiro

Cheque

Transferência

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante)

#### NOTAS:

As datas de realização do curso bem como, o horário estão sujeitos a alterações.

A formação está sujeita ao pagamento de 50% do valor da acção de formação no acto da inscrição. A ausência de comunicação por escrito da impossibilidade de comparência na formação, até 24h da data de início da mesma, determina que o valor pago no acto da inscrição não poderá ser devolvido.

O presente formulário poderá ser enviado para o email: [sh@clinicadraelar.pt](mailto:sh@clinicadraelar.pt), por fax para o 218 406 353, ou por correio para a Rua Professor Reinaldo dos Santos Nº12 Loja C, 1500-505 Lisboa.

Para completar o processo de inscrição terá de enviar os seguintes documentos:

- Original da Ficha de Inscrição do Participante
- Fotocópia do BI ou Cartão do Cidadão, Cartão de Contribuinte
- Comprovativo de transferência bancária. quando aplicável (NIB: 0032 0658 00209257669 05)