

INSCRIÇÕES DE CONGRESSISTAS

BOLETIM DE INSCRIÇÃO

Nome/Nombre:.....BI/NIF:.....Apelidos/Apellidos:.....

Hospital:.....Serviço/Dpto.:

.Endereço particular/Dirección particular:.....Cidade/Ciudad:.....

.C.P.:.....Distrito/Provincia:.....Teléfono.....email:.....

VALOR DA INSCRIÇÃO

	<u>Antes do 15/04/14</u>	<u>Depois do 15/04/14</u>
• Congressistas	180,00 €	200,00 €
• Internos/Residentes*	130,00 €	150,00 €

*Imprescindível juntar certificado de Interno/Residente

FORMA DE PAGAMENTO

Cheque Cruzado a nome de * Núcleo Transfronteiriço de Medicina Interna ,

Transferência bancária: Caixa de Crédito Agrícola: 0045 6163 4020 1581 5542 2

(IBAN: PT50-004561634020158155422 SWIFT: CCCMPTPL)

Enviar copia do justificante de transferência ou Cheque Cruzado a:

Secretaria de Medicina Interna. Hospital de Santa Luzia de Elvas.Rua Mariana Martins 7350-954 Elvas.

Telf: 00351268637223 Fax. 00351268629817

E-mail: jornadas.elvas.2014@gmail.com