

N.º INSC.:

(A preencher pela Organização)

SEMINÁRIO

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)

VIANA DO CASTELO

08 de Abril de 2014

(preencher em letra de imprensa)

NOME: _____
_____Associado: Sim Não

CAT. PROFISSIONAL: _____

ENDEREÇO: _____

CÓD. POSTAL: _____

TELEF.: _____

E-MAIL: _____

INSCRIÇÕES

(Inclui almoço, coffee-break e documentação)

• **Associados da APIH** €15,00• **Não Associados** €20,00*

(*) O preço da inscrição, se desejado, dá direito a inscrição como associado da APIH

Pagamento da Inscrição através de:

 Cheque n.º: _____
sobre o Banco: _____ Vale Postal n.º: _____ Transf. bancária para NIB: 0035 0242 0000 1435 3302 2

(em caso de pagamento por este meio, deve ser remetida cópia do comprovativo ao Secretariado, junto com o Boletim de Inscrição)

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____