



clínica cuf
alvalade

2º Simpósio

de Medicina e Traumatologia Desportiva



27 de março de 2009 Auditório do Complexo Alvalade XXI

DADOS PESSOAIS

Preencher em letra de imprensa S.F.F.

Nome _____

 Morada _____

 Código Postal _____ Localidade _____
 Telefone _____ Telemóvel _____
 E-Mail _____
 Profissão _____
 Instituição onde trabalha _____
 Telefone do local de trabalho _____

INSCRIÇÃO

Médico Fisioterapeuta Enfermeiro Professor Massagista Estudante Outro

PAGAMENTO

Cheque nº _____
(emitido a clínica Cuf Alvalade SA)
 Sobre o banco _____ valor _____ €
 Transferência Bancária para: Clínica Cuf Alvalade - Banco Millenium BCP - NIB 0033.0000.45241782320.05 (enviar cópia do comprovativo)

FACTURA/RECIBO (obrigatória a indicação do número de contribuinte)

Nome _____
 Morada _____
 Código Postal _____ Localidade _____
 N° Contribuinte _____

Destaque e remeta original ou fotocópia em conjunto com o pagamento da inscrição para a morada indicada no verso.

Data limite de inscrição: 23 de Março de 2009
(Inscrições sujeitas à capacidade da sala)

PREÇOS de INSCRIÇÃO Profissionais: 60,00€
 Estudantes: 30,00€ (enviar cópia do cartão)
 Colaboradores JMS: Gratuito