



**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