FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome: .................................................................................................................................................................

Médico CRM .............................Estado ..................... CPF: ...............................................................................

Endereço:............................................................................................................................................................

Bairro: .................................................... Cidade/UF:....................................................CEP: .............................

Telefones: Residência: ( ) ................................................. Celular: ................................................................

Local de Trabalho: .............................................................................................................................................

Tel comercial: ( ) .................................... E-mail: .........................................................................................

Taxa de inscrição:

( ) R$ 450,00 – sócios SBP, Residentes, Estudantes ( ) R$ 600,00 – Médicos não sócios

( ) R$ 450,00 – Enfermeiros/ Aux/Tec. Enfermagem

**VAGAS LIMITADAS**

Antes de efetuar depósito, favor confirmar a disponibilidade de vagas.

Para maiores informações: (41) 3223-2570 com Ellen ou Josiane

**INSTRUÇÕES PARA EFETIVAR A INSCRIÇÃO:**

* Preencha devidamente todos os campos da ficha de inscrição em letra de forma.
* Efetue depósito bancário para: Associação Paranaense de Pediatria CNPJ 76.712.306/0001-32 - Banco Itaú - 341, Ag. 4122, c/c: 11773-4
* Envie a ficha de inscrição com o comprovante de depósito para a SPP no fax 41 3324-787 ou por e-mail: pediatriaparana@terra.com.br

***Informações: (41) 3223-2570***