FICHA DE INSCRIÇÃO – Assinale o Curso

( ) Reanimação Neonatal para Médicos

( ) Reanimação Neonatal para Profissionais de Saúde

|  |
| --- |
| Nome: .................................................................................................................................................................CRM ............................................ Estado ............... CPF: .................................................................................. |
| Endereço:..............................................................................................................................................................Cidade/UF:.................................................................................. CEP: ................................................................Celular: ( ) ................................................ Local de Trabalho: ........................................................................Tel. comercial: ( ) ............................. E-mail: ...................................................................................................Taxa de inscrição:( ) R$ 450,00 Médicos sócios quites ( ) 600,00 – Médicos não sócios ( ) R$ 450,00 Residentes, Estudantes ( ) 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: e-mail: pediatriaparana@terra.com.br

***Informações: (41) 3223-2570***