

Apoios Institucionais



**LIGA PORTUGUESA
CONTRA O CANCRO**
NÚCLEO REGIONAL DO NORTE
CENTRO DE FORMAÇÃO



NOME: _____

MORADA: _____ CÓD. POSTAL: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____ ESPECIALIDADE: _____

CÉDULA PROFISSIONAL : _____ OMD ☐ OM ☐ OUTRO ☐

EMAIL: _____ TELEFONE / TELEMÓVEL: _____

ESTUDANTES / INTERNOS / ASSOCIADOS APMDH*

	até 15 de Abril	após 15 de Abril
PRÉ CONGRESSO →	☐ € 120	☐ € 120
CONGRESSO →	☐ € 25	☐ € 35

PROFISSIONAIS

	até 15 de Abril	após 15 de Abril
PRÉ CONGRESSO →	☐ € 125	☐ € 125
CONGRESSO →	☐ € 30	☐ € 40

★ MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO COMPROVATIVO

Informe-se junto da APMDH sobre o alojamento e hotéis recomendados pela organização do congresso.

JUNTO ENVIO O CHEQUE Nº _____ SOBRE O BANCO _____ NO VALOR DE _____ EUROS

ENDOSSADO À ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MEDICINA DENTÁRIA HOSPITALAR DATA: ____ / ____ / ____ ASSINATURA: _____

DADOS PARA EMISSÃO DE RECIBO:

NOME: _____ NIF: _____

MORADA: _____ CÓD. POSTAL: _____

Apoios Institucionais

