

Formulário de Inscrição

Indicação Farmacêutica na contraceção hormonal de emergência (CHE)

Destinatários: Farmacêuticos e Técnicos de farmácia de farmácia comunitária em exercício

Edição	Data/ Horário	Local	Valor*	Nº CPD's OF	(x)
Porto	30 de junho 14h30-18h00	sede AFP	Associado: Gratuito	0,3	
Lisboa	29 de setembro 14h30-18h00	a definir	Não Associado: 15€		

Nome (em maiúsculas)			
Data de nascimento __/__/____		Cartão de cidadão nº	
Profissão	Carteira profissional nº		Especialidade
Telefone(trabalho)	Telemóvel	Fax	E-mail pessoal @
Local de Trabalho		Morada	
Cargo profissional		Localidade	Código Postal -

Dados para emissão de fatura

Empresa		Contribuinte nº	
Morada	Localidade		Código Postal -

* O valor já inclui IVA à taxa em vigor. Pagamento no ato da inscrição: 15€
Transferências bancárias: IBAN PT50 0018 000323748460020 26 BIC SWIFT: TOTAPTPL
Nota importante: Enviar o comprovativo do pagamento para o mail referido abaixo.

Data __/__/____	Assinatura
Localidade	

Entidade Formadora Patrocinador



Para informações:
telf: 222089160
email: geral@afp.com.pt