

Dirigido à Farmácia e respectivas equipas

Ficha de Inscrição para Farmácias Associadas

Formação: **Medicamentos em Pediatria: Riscos e Decisões**

Local: Lisboa Porto

Nome _____

Carteira Profissional n.º _____

Farmácia _____, Localidade _____

Morada _____

Código-Postal: ____ - ____ _____

E.mail _____

Cargo que ocupa _____

Inscrições limitadas

Data limite: conforme tabela

Inscrição a remeter por Fax: 22 208 52 69 ou por email: geral@afp.com.pt