

Dirigido à Farmácia e respectivas equipas

Ficha de Inscrição

Formação: **Medicamentos no Idoso: Problemas e Soluções**

Local _____ Data: _____

Nome _____

Carteira Profissional n.º _____

Farmácia _____, Localidade _____

Morada _____ CP: ____ - ____

E.mail _____

Cargo que ocupa _____

Dados para facturação:

Nome _____ NIF _____

Morada _____ CP: ____ - ____

NIB para pagamento: 001800032374846002026

Inscrições limitadas
Data limite: conforme tabela
Inscrição a remeter por Fax: 22 208 52 69
ou por email: geral@afp.com.pt