FICHA DE INSCRIÇÃO
CURSO DE CAPACITAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICA

Data: 03 e 04 de junho de 2011 – sexta-feira e sábado

Local: Hospital de Messejana – Auditório A – Avenida Frei Cirilo 3480 – Messejana – Fortaleza / CE

(Palestrantes: Dra Lucia Campos Pellanda e Dr. João David de Souza)

Nome
CRM **CPF** . . -
Endereço
CEP - **Cidade** **UF**
TELEFONE - -
E-MAIL

INVESTIMENTO

Autorizo debitar em meu cartão de crédito o valor abaixo assinalado.

TAXAS	☐ **R$ 250,00 Sócio SBC**	☐ **R$ 300,00 Não Sócio SBC**	☐ **R$ 200,00 * Residentes / Estudantes**
Administradora de Cartão	☐ **Credicard**	☐ **Visa**	☐ **Amex**

* Obrigatório apresentação da declaração da instituição de ensino comprovando a condição de residente/estudante.

Número do Cartão	**Cód.Segurança**
Validade _____/_____ *Mês/Ano*	***Telefone para Contato (_____) _____***
Assinatura	***Data***
Nome por extenso e assinatura	___/___/___

Importante: o fornecimento do **Código de Segurança** é essencial para que a administradora de cartão efetive a transação.

ATENÇÃO: após preencher os dados o participante deverá encaminhar este formulário por fax: 21-3478-2755 ou email: fabiosantos1@cardiol.br para garantir sua vaga no curso até o dia 02 de junho de 2011. Após esta data o formulário deverá ser apresentado no local do evento e deverá ser verificado disponibilidade de vagas.

Informações: ***pesquisa@cardiol.br*** ou ligue para 21-3478-2749.

Avenida Marechal Câmara, 160 sala 330 – Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP 20020-907