

## Formulário de Inscrição

### Consulta Farmacêutica de Revisão da Medicação (para farmacêuticos comunitários)

Nome (em maiúsculas)			
Data de nascimento		Cartão de Cidadão nº:	
Profissão		Carteira profissional nº	Especialidade
	Telefone trabalho	Telemóvel	Fax
E-mail pessoal		E-mail profissional	
Local de Trabalho		Morada	
Cargo profissional desempenhado		Localidade	Código Postal
<b>Dados para Emissão de Fatura</b>			
Designação da empresa		Contribuinte nº	
Morada		Código Postal	

Edição	Data	Local	Valor €	(X)
Lisboa	17 e 18 de maio	Hotel Príncipe Lisboa	246€	

Curso de 18 horas intensivo  
\* Iva em vigor incluído no preço

Forma de pagamento: No ato da inscrição: 246 €  
**Nota: O curso está sujeito a um nº de vagas limitado.**

Cheque endossado à **health in loc** nº \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_

Transferências bancárias internacionais: **IBAN nº PT50 0010 0000 4442 5460 0010 9**      **SWIFT/BIC: BBPIPTPL**

Transferências bancárias nacionais: (BPI) **NIB nº 0010 0000 44425460001 09**

**Nota importante:** Enviar o comprovativo do pagamento para o Fax ou para o mail referido abaixo.

Data	Assinatura
Localidade	



**Para informações:**

Thaís Silva  
Av. S. Pedro, Lote R 9, R/C A  
1675-170 PONTINHA  
e-mail: [thais.silva@pharmcare.pt](mailto:thais.silva@pharmcare.pt)  
**Tel.: (+351) 21 478 2199 Fax: (+351) 21 478 8087**  
[www.pharmcare.pt](http://www.pharmcare.pt)



**Telefone**  
9h às 13 h  
14 às 18 h  
(dias úteis)

**21 478 2199**