

XI Congresso de Psiquiatria S. João de Deus

Institutos Hospitaleiros

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome _____

Contribuinte: _____ Profissão _____

Local de Trabalho _____

Endereço _____

Localidade _____ C. Postal _____

Telemóvel _____ Email _____

INSCRIÇÕES

Até 08 de fevereiro
70 Euros
Estudantes: 35 Euros

Após 08 de fevereiro
80 Euros
Estudantes: 40 Euros

A inscrição inclui: Certificado de Participação, Declaração de Presença, CD, Coffee break.

Alojamento: Hotel Marriott (informação e reservas no **Secretariado do Congresso**)

Jantar dia 24/Fev: 30 euros

Pagamento:

CHEQUE Nº _____

BANCO _____

Emitido à ordem de: XI Congresso Psiquiatria S. João de Deus

TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

NIB: 0036 0448 99103242732 33 (Montepio)

VALOR TOTAL: _____

Secretariado

Cristina Jardim

Rua Prof. Luis Cunha Gonçalves, nº 5 – 1º Esq.