Ficha de Inscrição – 8º. Curso do Diabético

Nome: _____

Morada: _____

Cod. Postal: _____ _____ Telf. _____

Profissão: _____ Serviço: _____

Envio cheque nº _____ Banco: _____

no valor de _____ € Endereçado a **"Associação dos Amigos do Serviço de Medicina do Hospital da Horta"** - Serviço de Medicina / Hospital da Horta 9900-038Horta

Inscrição sem almoços de trabalho:---------- 80 € ☐

Inscrição com almoços de trabalho:---------- 100 € ☐

Estudantes e Internos sem almoços de trabalho: ---------- 60 € ☐

Estudantes e Internos com almoços de trabalho: ---------- 80 € ☐

Assinatura: _____