

FICHA DE INSCRIÇÃO - CTR VI

VI CONGRESSO TÉCNICO DE RADIOLOGIA DIA 11 e 12 DE MARÇO

Nome _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____

Nº de Contribuinte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data: ____ - ____ - ____

Assinale a opção:

Profissional: ☐

Estudante: ☐

Enviar cópia do cartão de estudante

Opção de Pagamento:

Dinheiro: ☐

Cheque: ☐

Banco: _____

Assinatura: _____

Valores:	Antes do dia 28 - 2 - 2011	Depois do dia 28 - 2 - 2011
Profissional:	65€	85€
Estudante:	40€	60€

Nota: Os pagamentos feitos por cheque devem ser remetidos à ordem de CTR VI.

Dirigir a: Hospitais da Universidade de Coimbra - Clínica de Imagiologia CTR VI, Largo Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra

congressotrad@huc.min-saude.pt