

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome | |

Data de Nascimento: | | | | | | | | | D|D|M|M|A|A|A|A

Morada | |

Localidade | | Código Postal | | | | | - | | | |

Telefone | |

Telemóvel | | E-mail | |

Habilitações Académicas |

Valor Total do curso: 1.500 Euros (acrescido de IVA) - A pronto pagamento desconto de 100€

Valor Parcelado 300€ por mês/módulo

**Pagamento Nib: 0035 0072 0000 9020 1009 7 BICSWIFT: CGDIPTPL**

**A PARTICIPAÇÃO NESTE CURSO POSSIBILITA UM DESCONTO DE 15% NA FORMAÇÃO SEGUINTE**

Data / /

(Assinatura)

**A inscrição deve ser remetida para o seguinte email:**

[**centroclinicoalgharb@gmail.com**](mailto:centroclinicoalgharb@gmail.com)