

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ País: _____

Tel: (____) _____ Fax: (____) _____ Cel: (____) _____

E-mail: _____

Instituição, Organização em que trabalha: _____

INSCRIÇÃO NO CURSO POR MÓDULOS

CATEGORIA	
Sócios Quites da ABP	R\$ 50,00 ()
Não sócios e outros profissionais de Saúde	R\$ 80,00 ()
Médicos residentes e estudantes de pós-graduação	R\$ 50,00 ()
Alunos de graduação	R\$ 30,00 ()

*Os valores citados acima correspondem a um único Módulo.

INSCRIÇÃO NO CURSO PACOTES

Pacotes com desconto	
Sócios Quites da ABP	R\$ 220,00 ()
Não sócios e outros profissionais de Saúde	R\$ 340,00 ()
Médicos residentes e estudantes de pós-graduação	R\$ 220,00 ()
Alunos de graduação	R\$ 130,00 ()

**Os pacotes correspondem aos 5 Módulos do Curso.

FORMA DE PAGAMENTO

Cartão de crédito Autorizo o débito em meu cartão de crédito: () VISA () MASTERCARD

À Vista Parcelado em 3 vezes

Nome do Titular: _____

N.º do cartão: _____ Validade: _____ / _____ *Código de segurança: _____

Valor autorizado: R\$ _____ (_____)

*VISA/MASTERCARD – Informar os últimos três (3) números impressos no seu cartão.

Anexo cheque n.º _____ do Banco _____ Agência _____ no valor de R\$ _____ (_____), cruzado e nominal à Associação Brasileira de Psiquiatria.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Favor remeter a ficha para o endereço abaixo e anexar o cheque devidamente preenchido:
Avenida Presidente Wilson, nº 164 – 9º Andar Parte – Castelo – 20030-020 – Rio de Janeiro - RJ.

No caso de cartão de crédito, a ficha poderá ser enviada por fax: (21) 2199-7501