FICHA DE INSCRIÇÃO

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	
Associados Quites da ABP e da Associação Brasileira de Psicanálise	R$ 50,00 ( )
Não associados e outros profissionais de Saúde	R$ 80,00 ( )
Médicos residentes e estudantes de pós-graduação	R$ 50,00 ( )
Alunos de graduação	R$ 30,00 ( )

Desejo fazer o(s) Modulo(s) nº_____ no(s) dia(s)_____/_____/_____

FORMA DE PAGAMENTO

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

Nome do Titular: _____

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

Valor autorizado: R$ _____ (_____)

*VISA/MASTERCARD – Informar os últimos três (3) números de segurança impressos no verso do 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, ou para o fax: (21) 2199-7501:
Avenida Presidente Wilson, nº 164 – 9º Andar Parte – Castelo – 20030-020 – Rio de Janeiro - RJ.