

DISPENSA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE SAÚDE EM PROXIMIDADE

Ficha de inscrição

11, 12, 18 e 21 de Fevereiro de 2025 às 21h | *On-line*

Formando(a):

Nome: _____
Morada: _____
Carteira Profissional (OF): _____
NIF: _____
Contacto telefónico: _____ Email: _____
Local de trabalho: _____

Dados de faturação:

Dados anteriores

Outros dados:

Nome: _____
Morada: _____
NIF: _____

Forma de pagamento:

Valor da inscrição: 100 € + IVA

Transferência bancária para IBAN PT50 0035 0513 0000 7791 1301 8

Nota: a inscrição só é válida após envio do comprovativo para o email geral@ac-ft.pt