



## FICHA DE INSCRIÇÃO

### 1ª Conferência do Projeto Nacional Farmácia Amiga do Aleitamento Materno

**Local:** Auditório Caves Porto Calém  
Avenida Diogo Leite 344 4400-111 Vila Nova de Gaia

**Data:** 4 de março de 2016, das 9 – 13 horas

(Nota: este documento está em PDF alterável, por favor, escreva nos espaços indicados)

<b>CANDIDATO</b>	Nome completo: Data de nascimento (DD/MM/AAAA): B. I. ou C.C. Nº: Número de Contribuinte:
<b>MORADA</b>	Rua/Av. : Código Postal: TM Nº: E-mail:
<b>HABILITAÇÕES</b> - Académicas	Bacharelato: Licenciatura: Mestrado: Doutoramento: Outras:
<b>PROFISSÃO</b> - Ocupação	Profissão:
<b>valor inscrição</b>	Proprietários e Diretores Técnicos de Farmácia - 20,00 € por participante Farmacêuticos e Técnicos de Farmácia – 10,00 € por participante Estudantes de Ciências Farmacêuticas e de Farmácia – 5,00 € por participante Público em Geral – 5,00 € por participante
<b>PAGAMENTO</b> - Dados de faturação	Dados da conta onde fazer o pagamento: IBAN:PT50 0035 0091 00011191 400 44 Nome do titular da conta: Número de Contribuinte:

Depois de preenchido enviar em anexo para [info@faam.pt](mailto:info@faam.pt) A inscrição é confirmada após recebido o comprovativo do pagamento. A entrega de recibo acresce o valor de 5 euros ao valor da inscrição  
Mais informações [info@faam.pt](mailto:info@faam.pt) ou 936248097

Com o patrocínio da Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia