**Formulário De Inscrição Workshop Exame Andrológico – APB/UÉvora**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número Cédula Profissional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço eletrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados de Faturação**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada Fiscal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Enviar esta ficha devidamente preenchida, juntamente com o comprovativo de pagamento, para o email** [**buiatria.geral@gmail.com**](mailto:buiatria.geral@gmail.com)

**IBAN para pagamento: PT50 0035 0728 00006437330 04**

**Preço** €150 (associado das APB)

€180 (não associados)