**FICHA DE INSCRIÇÃO
15º Curso de Diabetes em Odontologia**

|  |
| --- |
| **Nome:**  |
|  |
| **Endereço:**  |
|  |
| **Complemento:**  | **Cidade:**  |
| **CEP:**  |  **Estado:** |
| **E- mail:**  |
| **Telefones: ( )**  | **Celular: ( )**  |
| **Estudante de:**  | **Cursando:** |
| **Profissão:**  | **Nº. Registro Conselho:**  |
| **Especialidade:**  |  |

**Valor do Curso para Profissionais: R$ 80,00**

**Valor do Curso para Estudantes: R$ 60,00**

**Banco: Bradesco**

**Agência: 1074-0**

**Conta Corrente: 17450-5**

**Favorecido: Associação Nacional de Atenção ao Diabetes - ANAD**

OBS: A inscrição somente será efetivada se encaminhada por e-mail: congresso2019@anad.org.br, Fax (11) 5084-0692, correio ou pessoalmente, junto com o **COMPROVANTE PROFISSIONAL** ou **ESCOLARIDADE** e de **PAGAMENTO** até o dia **30/06/2019** de maneira a atender exigências da ANVISA em Congressos Multidisciplinares.