**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](mailto: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.