



CUIDAR A CRIANÇA E O JOVEM COM NECESSIDADES PALIATIVAS:
A VISÃO DAS FAMÍLIAS E DOS PROFISSIONAIS

FICHA de INSCRIÇÃO

Destinatários: Profissionais de saúde

Data: 29 de Outubro de 2014

Local: Anfiteatro do Hospital Pediátrico de Coimbra

Inscrição (data limite 30 de Setembro): 15 euros (inclui almoço e cafés)

NIB: 0018 0003 22947485020 92

Depois de preenchida, esta ficha e o comprovativo da transferência bancária devidamente identificado devem ser enviados (digitalizar / fotografar) para secretariado@apcp.com.pt.

O recibo e o certificado de presença serão enviados posteriormente por email.

Nome: _____

Morada: _____

Email: _____ N° Contribuinte _____ Telefone: _____

Idade _____ Profissão: _____ Tempo exercício profissional (Anos) _____

Instituição de Trabalho: _____

Serviço: _____ Distrito _____

Caso o recibo deva ser emitido em nome de entidade terceira, indique por favor:

Nome: _____

N° Contribuinte _____

Morada: _____

Data: ____/____/____

Ass: _____