

III Workshop Internacional

14 a 16 de maio 2009

Hotel Radisson

Curitiba

FICHA DE INSCRIÇÃO



Favor enviar esta ficha via fax ou e-mail para:

FAX: 0xx41 33426264 ou

e-mail : clnicamarchesini@gmail.com

ATENÇÃO: sua inscrição só será válida se receber e-mail de confirmação

Nome: _____

Endereço comercial: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____ FAX: _____

e-mail: _____

Instrução para pagamento:

ATÉ O DIA 01/03/2009

R\$ 400,00

APÓS O DIA 01/03/2009

R\$ 450,00

BANCO ITAU (341)

AGENCIA 1538 CC 353226

EM NOME DE CLINICA DR JOAO CAETANO MARCHESINI LTDA.

CNPJ 01.506.225.0001-87

APÓS EVIAR CÓPIA DO COMPROVANTE VIA E-MAIL OU FAX