

**Ficha de Inscrição (deve ser enviada por email)**

Nome:

Email:

TLM:

Categoria Profissional:

Local de Trabalho:

Almoço: Dia 15 N  S ; Dia 16 N  S ; Jantar: N  S

Comunicação N  S

Pagamento por transferência bancária, NIB **0007 0223 00333080000 47**, para Associação de Saúde Infantil de Leiria  
**e envio de comprovativo para o Secretariado.**

Data,

---

[Sec.Pediatria@chleiria.min-saude.pt](mailto:Sec.Pediatria@chleiria.min-saude.pt)