

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