

FICHA DE INSCRIÇÃO

Simpósio de Terapêutica Dermatológica

Nome Completo: _____

CRM: _____

Categoria: _____

Telefone para contato: _____

E-mail: _____

Recibo em nome de _____

Valores para Inscrição:

CATEGORIA	Valor até 01/03	No local
Sócios SBD	R\$ 220,00	R\$ 300,00
*Residente de Dermatologia e Estagiário dos serviços credenciados.	R\$ 100,00	R\$ 170,00
*Acadêmicos de medicina	R\$ 80,00	R\$ 100,00

*Necessário enviar comprovante.

Forma de Pagamento:

- **Depósito bancário identificado:**

Sociedade Brasileira de Dermatologia - Regional Bahia - SBD/BA

Banco do Brasil (Nº 001) **Agência:** 2014-1 **C/C:** 107.376- 1

PIX: 08.056.492/0001-49.

- **Enviar ficha preenchida, junto com o comprovante de depósito à secretaria da SBD/BA contato@sbdba.org.br** A confirmação da inscrição estará condicionada a apresentação deste comprovante de depósito.

- **Residentes, Especializandos e Acadêmicos** deverão enviar o **comprovante da sua condição**, através de documento oficial da instituição a que pertencem.

- **Obs:** O valor da inscrição não será restituído, caso não possa comparecer, poderá ficar de crédito para o próximo evento.