



FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome Completo: _____

CRM: _____

Categoria: _____

Telefone para contato: _____

E-mail: _____

Inscrição Curso de Dermatoscopia – Manhã e Tarde (25/11/23). Vagas limitadas

Associados R\$ 400,00

Residentes R\$ 300,00

Sim () Não ()

Inscrição Curso Teórico – (26/11/23).

Associados R\$ 100,00

Residentes R\$ 80,00

() Sim

Recibo em nome de _____

Forma de Pagamento:

- **Depósito bancário:**

Sociedade Brasileira de Dermatologia Regional Bahia - SBD/BA

Banco do Brasil (Nº 001)

Agência: 2014-1

C/C: 107.376- 1

CNPJ: 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 e Especializandos dos serviços** deverão enviar o **comprovante da sua condição**, através de documento oficial da instituição a que pertencem.