**FICHA DE INSCRIÇÃO – DIA DO INSTRUTOR**

**11 de maio de 2024**

Unidade Local de Saúde Matosinhos, Hospital Pedro Hispano, Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Matosinhos

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Dados Pessoais | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | |
| Morada: | | | | | Código Postal: | | |
| Localidade: | | Data de Nascimento: | | | | | |
| Nacionalidade: | | NIF: | | | | | |
| Contacto: | | E-mail: | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 2. Dados para emissão de Factura/Recibo do Pagamento | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | |
| Morada: | | | | | Código Postal: | | |
| Localidade: | | Nº de Contribuinte: | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 3. É associado CPR | | | | | | | |
| SIM | | | | NÃO | | | |
|  | | | | | | | |
| 4. Qualificações CPR | | | | | | | |
| É instrutor CPR? | SIM | | | | | NÃO | |
| Adultos | | | | | Pediátricos | |
| Básico | | Imediato | | | | Avançado |
| Escola a que pertence? |  | | | | | | |
| A participação neste evento terá um custo de 40€ até 17 março, após 50€. (inclui Coffee Break e almoço). | | | | | | | |
| 5. Forma de pagamento | | | | | | | |
| Transferência bancária | | | | No local | | | |

*Se o meio de pagamento for por transferência bancária, deverá ser efectuado para a conta de que é titular o Conselho Português de Ressuscitação, do Banco Espírito Santo – Dependência de Sá da Bandeira, no Porto com o nº 413 08372 0003 com o* ***IBAN: PT50 0007 0413 0008 3720 0039 3.***

     ,       de       2