**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