

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

NOME: _____

NOME PARA CRACHÁ: _____

RG.: _____ CPF.: _____

DATA NASCIMENTO: ___/___/___ SEXO: M F

ENDEREÇO: _____

Nº. _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ CEP: _____ CRM/UF _____

TELEFONE: _____ CELULAR: _____

INSTITUIÇÃO: _____ PERÍODO: _____

E-MAIL: _____

CATEGORIA	
() Profissionais sócio ABEM	R\$140,00
() Profissionais não sócio ABEM	R\$160,00
() Estudantes sócio ABEM	R\$ 50,00
() Estudantes não sócio ABEM	R\$ 60,00

A inscrição deverá ser efetuada através desta ficha, preenchida individualmente e em letra de forma e enviar para a Secretaria Executiva - CEJEM via e-mail: cejementos@cejem.com.br juntamente com o comprovante de depósito ou transferência bancária.

Dados Bancários:**Banco do Brasil****Agencia: 0576-2****Conta Corrente Nº 3707-9****CNPJ Nº 29.212.628/0001-32****Favorecido: Associação Brasileira de Educação Médica**

DATA: ___/___/___ ASSINATURA: _____