



App

Associação Portuguesa de **Internos** de Psiquiatria

FICHA DE INSCRIÇÃO

*Nome Completo:	<input type="text"/>		
*Nome Clínico:	<input type="text"/>		
*Cédula:	<input type="text"/>	*Ano de Entrada na Especialidade:	<input type="text"/>
*Hospital:	<input type="text"/>		
*Número de Identificação Fiscal:	<input type="text"/>		
*Morada:	<input type="text"/>		
*Telemóvel:	<input type="text"/>		
*Email:	<input type="text"/>		
Observações:	<input type="text"/>		
*Data Inscrição:	<input type="text"/>		

Campos marcados com * são de preenchimento obrigatório. Enviar junto com comprovativo de pagamento para o email abaixo.

CONTACTOS

Website: www.apipsiquiatria.pt

Email: apip.direccao@gmail.com

Morada: Av. Almirante Gago Coutinho, nº 151, 1749-084 Lisboa



App

MODO DE PAGAMENTO

Jóia inicial de € 25. Quota anual de 5 euros a partir do 2º ano.

Transferência Bancária - NIB: 0035 0709 0000 0076 930 37