

FICHA DE INSCRIÇÃO

EVENTO GRATUITO

Observação: Esta ficha de inscrição pode ser preenchida.

Clique nos campos e preencha todos. Depois, clique no botão "enviar ficha por e-mail".

A Femipa enviará o link de acesso ao evento para o e-mail cadastrado.

Nome:	
CPF:	
Endereço para correspondêndia:	
Cidade:	
UF: CEP:	
Fone para contato (com DDD):	Celular com DDD:
E-mail:	
Instituição:	
Profissão/especialidade:	
Função:	
Hospital Afiliado à Femipa	Hospital Não-afiliado à Femipa
Estou ciente da coleta dos dados acima (nome, empresa, endereço, e-mail e telefone de contato) e	

Estou ciente da coleta dos dados acima (nome, empresa, endereço, e-mail e telefone de contato) e autorizo a utilização dos mesmos para todos os fins do evento (cadastro, comunicação, certificado de presença, etc.). Esta autorização corresponde a uma manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o Titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para as finalidades descritas, em observância à Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

de acordo