

PROAGS-PR

Programa de Atualização dos Gestores da Saúde do Paraná

MÓDULO 1



ESTA FICHA DE INSCRIÇÃO PODE SER PREENCHIDA.

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

Hospital associado à Femipa

Hospital não associado à Femipa

Nome:

CPF:

Fone fixo (com DDD):

Celular (com DDD):

E-mail:

Instituição:

Endereço:

Município:

UF:

CEP:

Estou ciente da coleta dos dados acima (nome, empresa, endereço, e-mail e telefone de contato) e autorizo a utilização deles para todos os fins do evento (cadastro, comunicação, certificado de presença, entre outros). 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

PAGAMENTO

Chave PIX - CNPJ **79.197.489/0001-93** | FEMIPA - Banco Itaú
(enviar comprovante para o e-mail secretaria@femipa.org.br)

Boleto bancário (preencha abaixo os dados para geração do boleto)

DADOS PARA EMISSÃO DO BOLETO

Nome/Razão Social:

CPF/CNPJ:

Endereço:

Município:

UF:

CEP:

E-mail para envio do boleto:

