

DATA: _____

Curso: _____

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ CPF: _____

ESPECIALIDADE: _____ CRM/UF: _____

ENDEREÇO: _____

COMPL. ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

PAÍS: _____ CEP: _____

TEL1: _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____

- Caso obtenha a nota mínima exigida para ser Instrutor, gostaria que sua Regional lhe indicasse para treinamento?

Sim Não

- Se os dados cadastrais preenchidos nesta ficha, forem diferentes dos constantes na SBA, autoriza a atualização do seu cadastro?

Sim Não

Importante

Todos os participantes do evento cedem todos os direitos de utilização de sua imagem para a Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Ao participar deste evento, cada participante está incondicionalmente aceitando e concordando em ter sua imagem divulgada através de fotos, filmes, rádio, jornais, revistas, internet e televisão, ou qualquer outro meio de comunicação, para usos informativos, promocionais ou publicitários relativos ao curso, sem acarretar nenhum ônus aos organizadores, renunciando o recebimento de qualquer renda que vier a ser auferida com tais direitos, aos patrocinadores ou meios de comunicação em qualquer tempo/ data. Filmes e fotografias relativos ao curso têm o direito reservado aos organizadores. Qualquer forma de divulgação ou interesse em destinar um profissional para a cobertura do evento estará sujeita à aprovação dos organizadores do curso por escrito;

Agradecemos a sua presença.

Assinatura

Rua Prof. Alfredo Gomes, 36 - Botafogo - Rio de Janeiro/RJ - CEP 22251-080 - Tel: (21) 3528-1050
Portal: <https://www.sbahq.org> E-Mail: contato@sbahq.org