



Encontro
Medicina Legal / Odontologia Legal
Bioética / Direito Médico / Médicos Católicos
Curso Básico de Medicina Legal

FICHA DE CONFIRMAÇÃO

Nome Completo: _____

Nome do Crachá: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF:AL _____

CEP: _____ E-mail: _____

Fone _____ Fone com.: _____ Fax: _____

Aceito participar: [] Sim [] Não

Tema: _____

Dia: _____ **Hora:** _____

Para minha apresentação pretendo utilizar:

[] Projecção simples [] Dupla projecção [] TV/Vídeo

[] Data Show [] Retroprojektor [] Ponteira laser

[] outros(_____)

Autorizo a gravação em áudio/vídeo de minhas apresentações: Sim() Não()

Apresentação - escreva abaixo a forma como deseja ser apresentado (a):

DADOS PARA PASSAGEM E HOSPEDAGEM:

Data de Chegada: ___/___/___

Data de Saída: ___/___/___

OBS.: O EVENTO NÃO SE RESPONSABILIZA POR POSSÍVEIS ALTERAÇÕES NO BILHETES, CASO SEJA NECESSÁRIO O VALOR, SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO CONVIDADO.

Local/Data

Assinatura

P.S.: ENVIAR COM A MÁXIMA URGÊNCIA, VIA E-MAIL: atendimento@comunicventos.com.br, pelo FAX – (82)-325-3468 ou VIA CORREIO para: Av. João Davino -1173 – Mangabeiras – Maceió – AL – CEP: 57.037-000