

FICHA DE INSCRIÇÃO

Insc.nº

Para uso da Secretaria

Nome: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Fone: () _____ Fax: () _____
E-mail: _____
Nome para crachá: _____
CPF _____ RG _____
CRM: _____
Categoria: _____ Valor: _____
Recibo em nome de: _____

Forma de pagamento:

Espécie Valor R\$ _____
Cheque nº _____ Banco nº: _____ Agência nº: _____ Valor R\$ _____

VALORES DAS INSCRIÇÕES

CATEGORIA / VALOR	ATÉ 28/08	NO LOCAL
MÉDICO SÓCIO SRPE / CBR / SBUS	R\$ 270,00	R\$ 300,00
MÉDICO NÃO SÓCIO / NÃO QUITE	R\$ 350,00	R\$ 400,00
*RESIDENTE / PÓS GRADUANDO	R\$ 150,00	R\$ 200,00
*ACADÊMICO	R\$ 100,00	R\$ 150,00

A inscrição deverá ser efetuada através da ficha, preenchida individualmente e em letra de forma, acompanhada de cheque nominal à **Sociedade de Radiologia de Pernambuco** ou de comprovante de depósito bancário (**Banco Itaú, Agência nº 1247, C/C 37.763-1**). Enviar juntamente com a ficha para: SRPE – Av. Visconde de Suassuna, 923/102 – Boa Vista - Recife/PE CEP. 50050-540 – Informações 81-3423.5363.

Política de Cancelamento de Inscrição: O cancelamento ou a transferência de inscrição, deverá ser solicitado por escrito até **10 dias antes do evento**. O reembolso será efetuado após o congresso, descontada a taxa administrativa de 50%(cinquenta por cento). A inscrição cancelada após essa data não será reembolsada.

OBS: Material só será garantido para pré-inscritos.

*** Com comprovante**