



FICHA DE INSCRIÇÃO DE CURSOS

Nome:		ID:	
		Órgão Emissor:	
Endereço:			
Bairro:		Cidade:	UF:
CEP :	Tel.: ()	Fax: ()	Celular: ()
Email:			
Profissão:	Instituição e ano de conclusão da graduação:		
Instituição onde trabalha:			
Email:			
Curso Pretendido:			
<input type="checkbox"/> Curso de Fitoterapia – Médicos – Farmacêuticos (somente teórico)			
<input type="checkbox"/> Plantas Medicinais e Fitoterápicos em Nutrição - Nutricionistas			
<input type="checkbox"/> Introdução a Plantas Medicinais e Fitoterapia – Profissionais e gestores relacionados			
Quais suas expectativas com relação ao curso ?			
Como tomou conhecimento do curso ?			

OBS IMPORTANTES:

- 1) O início dos cursos estará condicionado a formação das turmas.
- 2) Não haverá devolução da taxa de inscrição em hipótese alguma, a não ser em caso de cancelamento do curso.
- 3) Caso as inscrições superem as vagas, estas serão preenchidas por ordem de inscrição, ficando as demais em fila de espera para nova turma.
- 4) Para o devido acompanhamento do curso são necessários conhecimentos básicos de computador e acesso a internet por banda larga.

Taxa de Inscrição: R\$ 90,00 através de depósito bancário

Banco Brasil
Agência 0598-3 - Conta Corrente - 14876-8 (INSTITUTO BRASILEIRO DE PLANTAS MEDICINAIS)

ENVIAR FICHA DE INSCRIÇÃO E COMPROVANTE DEPÓSITO VIA E-MAIL – abfit@abfit.org.br OU FAX (21) 2259-7096

Concordo com as condições propostas pela organização dos cursos e confirmo que as informações acima são verdadeiras.

_____, _____ de _____ de 20____

(assinatura)