



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"/> Teórico <input type="checkbox"/> Teórico/Prático		
<input type="checkbox"/> Plantas Medicinais e Fitoterápicos em Nutrição – Nutricionistas <input type="checkbox"/> Teórico <input type="checkbox"/> Teórico/Prático		
<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\$ 200,00 através de depósito bancário ou PagueSeguro

**Banco Brasil
Agência 0598-3 - Conta Corrente - 14876-8 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FITOTERAPIA)**

**ENVIAR FICHA DE INSCRIÇÃO PREENCHIDA no WORD E COMPROVANTE DEPÓSITO VIA E-MAIL –
abfit@abfit.org.br**

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

_____, _____ de _____ de 20____

(Nome)