SPO
Sociedade Paulista de Ortodontia

FICHA DE INSCRIÇÃO

Sócio SPO:	Sim		Não				
Nome Completo:							
CPF:			**R.G.:**				
CRO Nº		**DATA NASC.**					
Endereço para correspondência:		Residência		Consultório:			
Bairro:		**Cidade:**		**UF:**		**CEP:**	
Tel. Res.:		**Cel:**		**Com:**			
E-mail:							
Área de Interesse:							

Selecione seu curso:

☐	**SPO-050 – TOMOGRAFIA PARA O CLÍNICO** Prof. Eduardo M. Aoki **12/12/2020 - 09H00 - 18H00**

***O início do curso, está condicionado ao preenchimento do número mínimo de vagas disponíveis.**

OBS: Após o envio desta ficha, enviaremos o link do Pagseguro.

Declaro verdadeiras as informações acima. Pelo presente, manifesto minha intenção de me matricular no referido curso. Estou ciente de que, caso desista de prosseguir no curso, não serei ressarcido do valor já pago.

Apenas 12 vagas

Forma de pagamento:

Valor R$ 500,00

☐ Boleto

☐ Cartão de Crédito

ALUNO _____ **DATA** ____/_____/_____

Informações e inscrição:
Rua Tumiarú, 227 - Vila Mariana – São Paulo – SP – 04008-050
Tel.: 11 3884-3113 / Whats: 11 99679-7904
secretaria@spo.org.br / www.spo.org.br