

NOME: _____ SEXO: M F

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NACIONALIDADE: _____

TELEMÓVEL: _____ EMAIL: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____ LOCALIDADE: _____

NATURALIDADE

DISTRITO: _____ CONCELHO: _____

DOCUMENTAÇÃO

TIPO DE DOCUMENTO: _____ Nº DE DOCUMENTO: _____

VALIDADE DO DOCUMENTO: ____/____/____ Nº DE CONTRIBUINTE (NIF): _____

(O número do cartão de cidadão deve conter os dígitos de segurança) Nº DE SEGURANÇA SOCIAL (NISS): _____

COMPETÊNCIAS

HABILITAÇÕES: _____ PROFISSÃO: _____

Documentos a anexar:

Cartão de Cidadão, Passaporte ou Título de Residência / Certificado de Habilitações.

HORÁRIO PREFERENCIAL (escolher apenas 1 opção)

- Pós-laboral - 2x por semana (das 18h30 às 22h30) – 4 horas por dia
 Intensivo - Sábados das 09h00 às 13h00 e das 14h00 às 18h00 – 8 horas por dia

INÍCIO DO CURSO (escolher apenas 1 opção)

- PÓS-LABORAL 8 de Janeiro 2024 23 de Setembro 2024
SÁBADOS 2 de Março 2024 21 de Setembro 2024

MÉTODO DE PAGAMENTO

- Crédito:
24 x 47,70€/mês
- Pronto Pagamento:
725€ (inclui 36% de desconto)
- Pagamento Faseado:
875€: 200€ Inscrição + 3 mensalidades de 225€ (inclui 24% de desconto)

DADOS BANCÁRIOS

BANCO: NOVO BANCO
NOME: FDMK – MEDICINA DENTÁRIA E WELLNESS, LDA.
IBAN: PT50000700000072857466423
BIC/SWIFT: BESCPTPL

DATA: ____/____/____ ADERENTE: _____