

NOME: _____ SEXO: M F

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

TELEMÓVEL: _____ EMAIL: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____ LOCALIDADE: _____

NATURALIDADE

DISTRITO: _____ CONCELHO: _____

DOCUMENTAÇÃO

TIPO DE DOCUMENTO: _____ Nº DE DOCUMENTO: _____
(o número do cartão de cidadão deve conter os dígitos de segurança)

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

COMPETÊNCIAS

HABILITAÇÕES: _____ PROFISSÃO: _____

(Anexar Cópia de 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

MÉTODO DE PAGAMENTO

- Crédito:
36 x 34,30€/mês
- Pronto Pagamento:
725€ (inclui 36% desconto)
- Pagamento Faseado:
200€ Inscrição + 3 mensalidades (225€ cada)

DADOS BANCÁRIOS

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

DATA: ____/____/____ ADERENTE: _____