****

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| Nome completo: CPF: |
| Profissão: |
| Curso/Formação/Instituição: |
| E-mail: | Cidade: | UF: | Tel. ( ) |
| Como soube do evento: [ ] Facebook | [ ] E-mail  | [ ] Outro.Qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Indique sua Categoria:** [ ] Profissional [ ] Paciente [ ] Cuidador  [ ] Estudante [ ] Familiar [ ] Outro   |
| VALOR PAGO: [ ] R$10,00 - estudantes [ ] R$20,00 - profissionais [ ] ISENTO – pacientes com E.L.A e familiares  |

|  |
| --- |
| Data da inscrição:  |

**A inscrição será efetivada com o envio do comprovante de depósito para o e-mail** **arela.rs@gmail.com** **juntamente com a ficha preenchida.**

**IMPORTANTE: NOME COMPLETO E E-MAIL PARA O ENVIO DO CERTIFICADO**

**Dados bancários para depósito da taxa de inscrição:**

Associação Regional de Esclerose Lateral Amiotrófica – ARELA/RS

Banrisul - Banco: 041

Agência: 0100

Conta: 06.870.877.0-5

CNPJ: 09.473.496/0001-95

Associação Regional de Esclerose Lateral Amiotrófica-ArELA-RS

[www.arela-rs.org.br](http://www.arela-rs.org.br)

arela.rs@gmail..com

<https://www.facebook.com/arela.rs>