****

**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**](mailto: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](mailto:arela.rs@gmail..com)

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