CRM-TO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTINS

XI CURSO DE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

Em clinica médica e urgência

INSCRIÇÕES DO DIA 13/02 A 10/03 DE 2017.

FICHA DE INSCRIÇÃO N.º: _____

Dados pessoais:

Nome: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Número do CRM/TO: | | | | |

=> Estudantes deverão preencher XXX

Celular: ( ) -

Telefone Fixo: ( ) -

E-mail: _____

Cidade que estuda/trabalha:_____

Trabalha no SUS?
( ) Sim
( ) Não

Trabalha com urgência emergência?
( ) Sim
( ) Não

Como ficou sabendo das inscrições? _____.

Qual motivo levou a fazer a inscrição no curso?

_____

_____

_____

Palmas – TO, _____/_____/_____.

Li e aceito as condições estabelecidas no Edital 001/2017 do Departamento de Educação Médica Continuada do Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins.

_____
Assinatura do Candidato

Observações:

- Para que sua inscrição seja homologada é necessário o envio de toda a documentação exigida. Esta documentação deverá ser encaminhada até o último dia da inscrição.
- Não haverá inscrição adicional ou fora do prazo.
- Para as inscrições feitas por via postal será considerada a data de postagem.
- **Não é de responsabilidade da organização da instituição eventual extravio da remessa postal pelos correios.**

www.crmto.org.br

Preencha a ficha e envie para o fax : (63) 2111-8108 ou emc@crmto.org.br