



Ficha de Inscrição Cursos Instituto da Visão

Nome do curso que deseja: _____

Valor: _____ (_____)

Nome Completo:	
CPF:	RG:
CRM / UF	Data de Nascimento
Endereço:	Bairro:
Complemento:	Estado:
Cidade:	CEP:
DDD+Telefone: () -	DDD+Celular: () -
DDD+FAX: () -	
Email:	

Dados para depósito

Favorecido: Centro de Estudos

Banco Bradesco - Agência 2677- 8 c/c 12.500-8

Enviar o comprovante de depósito e a ficha de inscrição pelo fax (11)5539-3229 para confirmar a reserva

Maiores informações:

Centro de Estudos Moacyr Alvaro-IPEPO

R.Botucatu, 821 - V.Clementino

Tel(11)5085-2087

E-MAIL: ceo@oftalmo.epm.br