

FORMAÇÃO EM EMDR - FICHA DE INSCRIÇÃO

LOCAL DO TREINAMENTO: Instituto da Família de Porto Alegre
Rua João Abbott, 441/501 – Petrópolis - Porto Alegre - RS

DATA DE REALIZAÇÃO:

Módulo I – 19; 20 e 21/08/2011
Intermediário – 30/09; 01 e 02/10/2011
Módulo II – 09; 10 e 11/03/2012

Nome Completo:	
Endereço:	
Bairro:	Cidade:
Estado:	CEP:
☎ Comercial:	☎ Residencial:
☎ Celular:	☎ Fax:
Formação:	
Nº do Registro Profissional:	Data de Nascimento:
✉ E-mail: (legível!)	
<input type="checkbox"/> Módulo I <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Módulo II	
Como tomou conhecimento de EMDR: () indicação de amigos () folder ou cartaz () Internet () Outros:	
Investimento: R\$ 3.600,00 (à vista) R\$ 3.900,00 (parcelado); Acrescenta-se R\$ 200,00 às inscrições com menos de duas semanas antes do início do curso. <i>(Não haverá nenhum reembolso em caso de cancelamento, mas permite-se permuta).</i>	
<input type="checkbox"/> Cheque - Nº: _____ Banco: _____	
<input type="checkbox"/> Parcelamento em ___ vezes Datas das parcelas: _____	
<input type="checkbox"/> Dinheiro: R\$ _____	
Depósito: Banco UNICRED - Banco: 091 - Agência: 2710 – Conta Corrente: 43162-1 - CNPJ: 01.893.178/0001-71- Porto Alegre – RS, INFAPA - Instituto da Família de Porto Alegre S/S Ltda	
<input type="checkbox"/> Estou ciente que o treinamento é restrito para psicólogos, psiquiatras e médicos com formação em psicoterapia (360hs). Comprometo-me a anexar cópia da documentação que comprove a habilitação necessária (CRP ou CRM) para efetivar a inscrição. Li, compreendi e concordo com as regras de inscrição estipuladas pela organização do treinamento em EMDR.	
Assinatura: _____	
Após o preenchimento, por favor, envie esta Ficha de Inscrição com comprovante de pagamento ou cheque e documentação solicitada: Para: Instituto da Família de Porto Alegre Ltda - Rua João Abbott, 441/501 - Petrópolis – Porto Alegre – RS - CEP. 90460-150 Informações: adrianazanonato@terra.com.br	