

XXVI SEMANA DO RENAL

FICHA DE INSCRIÇÃO

| | | | |
|--|---------------|---|--|
| NOME: | | <input type="radio"/> PACIENTE | <input type="radio"/> PROFISSIONAL DE SAÚDE |
| CLÍNICA OU INSTITUIÇÃO: | | <input type="radio"/> ESTUDANTES | <input type="radio"/> OUTROS |
| SE PROFISSIONAL DE SAÚDE OU ESTUDANTE QUAL A ÁREA DE ATUAÇÃO? | | DESEJA RECEBER CERTIFICADO? | |
| | | <input type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| TEL: | E-MAIL | NOME DO CADASTRADOR: | |
| | | | |

XXVI SEMANA DO RENAL

FICHA DE INSCRIÇÃO

| | | | |
|--|---------------|---|--|
| NOME: | | <input type="radio"/> PACIENTE | <input type="radio"/> PROFISSIONAL DE SAÚDE |
| CLÍNICA OU INSTITUIÇÃO: | | <input type="radio"/> ESTUDANTES | <input type="radio"/> OUTROS |
| SE PROFISSIONAL DE SAÚDE OU ESTUDANTE QUAL A ÁREA DE ATUAÇÃO? | | DESEJA RECEBER CERTIFICADO? | |
| | | <input type="radio"/> SIM | <input type="radio"/> NÃO |
| TEL: | E-MAIL | NOME DO CADASTRADOR: | |
| | | | |