

Ficha de Inscrição

**Dados pessoais**

Nome completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código-postal:\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Localidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; País:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; Nº OMD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Telemóvel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Caro aluno/a autoriza a possibilidade de recolha, identificação e utilização de fotos/vídeos , onde os mesmos se encontram presentes, para utilização em divulgação futura do centro de formação.

O (A) DECLARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados de faturação:**

Designação social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código-postal:\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ ; Nif:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Modalidade de pagamento escolhida** (assinalar com um X)

Valor: 4500€ + IVA 23%

Modalidades de pagamento:

5% desconto a pronto pagamento

Fracionado: Inscrição no valor de 250€ + 5 prestações de 850€ +IVA (valor total deverá ser liquidado até final do curso)

|  |  |
| --- | --- |
| Pronto pagamento (5% desconto) |  |
| Pagamento fracionado |  |
| Recurso a financiamento |  |

**Forma de pagamento:**

Transferência bancária- **IBAN:PT50-0018-2027-02655477020-24**

BIC/SWIFT: **TOTAPTPL**

Beneficiário: **INVESTIMENTOS BE CLINIQUE LDA**

Referência: **Curso Reabilitação Oral**

Para garantir a sua inscrição será necessário o pagamento do valor indicado pela gestão.

Pronto pagamento usufrui de 5% desconto sobre valor total.

**Enviar o comprovativo de transferência e a ficha de inscrição em pdf para: belearning@beclinique.pt.**

**Politica de Cancelamento**:

* Apenas serão reembolsadas as anulações de inscrição pedidas até 20 dias, antes do início do curso pretendido.
* Cabe o direito à instituição formadora, cancelar/alterar as datas previstas para a realização da formação, com um pré-aviso dos alunos inscritos, sendo os mesmos reembolsados pelos valores pagos.
* Não cabe à entidade formadora a responsabilidade do reembolso resultante do cancelamento de reservas efetuadas para a frequência do curso anulado/alterado, bem como de qualquer transtorno de agenda causado pela alteração do mesmo.

Local de realização curso:

beclinique- Clínica de Implantologia Avançada e Reabilitação Oral

Rua Serpa Pinto, 75-A; 2640-534 Mafra, Portugal

Telefone: 261 815 243