

23 A 24 NOVEMBRO DE 2023

## FICHA DE INSCRIÇÃO

**POR FAVOR, LEIA TODAS AS INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

NOME			
APELIDO			
PROFISSÃO			
SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMININO	

### I. CATEGORIA DO PARTICIPANTE

ESTUDANTE  PROFISSIONAL

### II. INSTITUIÇÃO DE PROVENIÊNCIA

NOME			
ENDEREÇO			
CIDADE			
DISTRITO			
E-MAIL		TELEFONE	

### III. TIPO DE INSTITUIÇÃO (ORGANIZAÇÃO)

DPS  HOSPITAL CENTRAL  UNIVERSIDADES  PARCEIRO  
 SDSMAS  HOSPITAL GERAL  INSTITUTO DE FORMAÇÃO  OUTRO

ESPECIFIQUE

COMO GOSTARIA DE SER APRESENTADO?  ORADOR  APRESENTADOR  PARTICIPANTE

### PAGAMENTO PARA A INSCRIÇÃO

VALOR PAGO	
VALOR POR EXTENSO	

#### FORMA DE PAGAMENTO

À VISTA (NUMERÁRIO)  TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA  DEPOSITO

A INSCRIÇÃO SÓ SERÁ CONFIRMADA APÓS O ENVIO DO COMPROVATIVO DE PAGAMENTO, QUE DEVE SER ANEXADO A ESTE FORMULÁRIO

<b>CATEGORIA</b>	ESTUDANTE	<b>VALORES</b>	400,00
<b>CATEGORIA</b>	PROFISSIONAL	<b>VALORES</b>	600,00

### DADOS BANCÁRIOS

**1316291 (Millennium BIM)**  
**000100000000131629157 (NIB)**

NOTA: EM CASO DE DESISTÊNCIA, NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO  
 A INSCRIÇÃO SERÁ APENAS VALIDADA MEDIANTE A SUBMISSÃO DESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO E ANEXADO AO  
 COMPROVATIVO DE PAGAMENTO, QUE DEVERÁ SER ENVIADO DE SEGUIDA PARA: [inscricao.jornadas@ins.gov.mz](mailto:inscricao.jornadas@ins.gov.mz)