

FICHA DE INSCRIÇÃO**Participante 1**Nº Sócio Ordem — Nome completo: _____ Tel. _____
de acordo com o passaporte

Data Nascimento: ____/____/____ Nº Passaporte: _____ Data emissão: _____ Val.: _____

Local de Nascimento: _____ Nacionalidade: _____

Participante 2Nº Sócio Ordem — Nome completo: _____ Tel. _____
de acordo com o passaporte

Data Nascimento: ____/____/____ Nº Passaporte: _____ Data emissão: _____ Val.: _____

Local de Nascimento: _____ Nacionalidade: _____

Entidade / Nome_____ Contribuinte: _____
para emissão do recibo

Morada: _____ Cidade: _____

Código Postal: _____ E-mail: _____

Acompanhante(s)

Nome completo: _____ Tel. _____

Data Nascimento: ____/____/____ Nº Passaporte: _____ Data emissão: _____ Val.: _____

Local de Nascimento: _____ Nacionalidade: _____

Nome completo: _____ Tel. _____

Data Nascimento: ____/____/____ Nº Passaporte: _____ Data emissão: _____ Val.: _____

Local de Nascimento: _____ Nacionalidade: _____

Programa(s) A B C D **Nº e Tipo de Quarto(s)** Individual Duplo **Forma de Pagamento**

1. Pretendo pagar por Multibanco, agradeço envio da Referência para o E-mail: _____

2. Pretendo pagar por cartão de crédito, agradeço envio do Link para o E-mail: _____

3. O valor da viagem será debitado na conta corrente da ANF com a Farmácia com o código ANF _____
de acordo com as condições de pagamento da página 94. Pretendo seguro de cancelamento.
Consulte condições em https://cdn.topatlantico.pt/PDF/SEGUROS_SITE.pdf

ASSINATURA E CARIMBO DA FARMÁCIA

INSCRIÇÕES ATÉ 25 DE MAIO 2018 LUGARES LIMITADOSINFORMAÇÕES: TopAtlântico Areeiro - Av. Almirante Gago Coutinho, 25, 1000-015 Lisboa | 218 646 250 | afplp2018@topatlantico.com