

Secretariado: Margarida Moura

Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência
Parque da Saúde de Lisboa—Pavilhão 25
Avenida do Brasil, 53
1749-002 LISBOA

Tel: 21 793 43 41
Fax: 21 793 4341
Correio electrónico: appia@sapo.pt

Mensagem: _____

Secretariado: Margarida Moura

Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência
Parque da Saúde de Lisboa—Pavilhão 25
Avenida do Brasil, 53
1749-002 LISBOA

Tel: 21 793 43 41
Fax: 21 793 4341
Correio electrónico: appia@sapo.pt

Mensagem: _____

Secretariado: Margarida Moura

Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência
Parque da Saúde de Lisboa—Pavilhão 25
Avenida do Brasil, 53
1749-002 LISBOA

Tel: 21 793 43 41
Fax: 21 793 4341
Correio electrónico: appia@sapo.pt

Mensagem: _____

**II Encontro de Saúde Mental
Infanto-Juvenil do Algarve**

**XVII Encontro Nacional de Psiquiatria
da Infância e Adolescência**

Boletim de Inscrição

Nome:		Inscrição N ^a
Morada:		Localidade:
Código Postal:	E-Mail:	Telefone:
Profissão:	Local de trabalho:	
Preço da inscrição 70 Euros para sócios da APPIA - 60 Euros		Comunicações Livres: Sim <input type="checkbox"/>
Junto envio cheque n ^o	Banco:	Valor:
À ordem de APPIA	Contribuinte n ^o	
Almoço de trabalho (de 16 euros): Dia 6 <input type="checkbox"/> Dia 7 <input type="checkbox"/> (o pagamento dos almoços, será realizado no secretariado nos dias do congresso)		

**II Encontro de Saúde Mental
Infanto-Juvenil do Algarve**

**XVII Encontro Nacional de Psiquiatria
da Infância e Adolescência**

Boletim de Inscrição

Nome:		Inscrição N ^a
Morada:		Localidade:
Código Postal:	E-Mail:	Telefone:
Profissão:	Local de trabalho:	
Preço da inscrição 70 Euros para sócios da APPIA - 60 Euros		Comunicações Livres: Sim <input type="checkbox"/>
Junto envio cheque n ^o	Banco:	Valor:
À ordem de APPIA	Contribuinte n ^o	
Almoço de trabalho (de 16 euros): Dia 6 <input type="checkbox"/> Dia 7 <input type="checkbox"/> (o pagamento dos almoços, será realizado no secretariado nos dias do congresso)		

**II Encontro de Saúde Mental
Infanto-Juvenil do Algarve**

**XVII Encontro Nacional de Psiquiatria
da Infância e Adolescência**

Boletim de Inscrição

Nome:		Inscrição N ^a
Morada:		Localidade:
Código Postal:	E-Mail:	Telefone:
Profissão:	Local de trabalho:	
Preço da inscrição 70 Euros para sócios da APPIA - 60 Euros		Comunicações Livres: Sim <input type="checkbox"/>
Junto envio cheque n ^o	Banco:	Valor:
À ordem de APPIA	Contribuinte n ^o	
Almoço de trabalho (de 16 euros): Dia 6 <input type="checkbox"/> Dia 7 <input type="checkbox"/> (o pagamento dos almoços, será realizado no secretariado nos dias do congresso)		