

**Ficha de Inscrição**

**Nome: ­­­­­­­­­­­­­­**

**Contactos:**

 E-mail:

 Telefone:

**Hospital de Proveniência:**

**Especialidade:**

**Interno Especialidade:** Ano: **Especialista:**

Enviar ficha de inscrição preenchida para **cursohsmarta@gmail.com**

Contacto telefónico: 213 594 001

**36 vagas**