|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Informações do representante | | | |
| Nome Completo |  | | |
| CPF |  | | |
| E-mail |  | | |
| Telefone |  | | |
| Categoria de associado ABN |  | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | |  | | Informações da entidade solicitante | | | | | Nome |  | | | | E-mail |  | | | | Endereço |  | | | | Redes sociais |  | | | | Site |  | | | | Caso seja uma liga, já é associada a ABN |  | | | | Celular |  | Telefone Comercial |  | |  |  | | | | | | |
|  | | | |
| Informações do projeto | | | |
| Nome |  | | |
| Data de realização |  | | |
| Objetivo do projeto |  | | |
| Tema central |  | | |
| Empresa organizadora |  | | |
| Empresa de sistema de inscrições | |  |
| Caso haja algum representante do evento que seja membro ABN, por favor, incluir o nome completo aqui | |  |
| Expectativa de participantes |  | | |
| Porcentagem de desconto aos associados ABN |  | | |
| Aplicação do Logo da ABN nas artes do Congresso? |  | | |
| Nome e e-mail da Comissão Organizadora |  | | |
| Nome completo dos palestrantes confirmados |  | | |

**Por gentileza, é imprescindível enviar a programação juntamente com este formulário (aplicável somente para eventos)**.

Eu estou de acordo com as regras de apoio e contrapartidas da Academia Brasileira de Neurologia

Sim Não