|  |  |
| --- | --- |
| Informações do Solicitante (Representante da ABN) | |
| Nome Completo |  |
| CPF |  |
| E-mail |  |
| Telefone Celular |  |
| Categoria de associado ABN |  |
| Nome do DC, CE ou Sociedade solicitante |  |
|  | |
| Informações do Evento | |
| Nome |  |
| Data de realização |  |
| Cidade/UF |  |
| Local |  |
| Expectativa de participantes |  |
| Modalidade do Evento | Presencial On-Line Híbrido (Presencial e On-Line) |
| Objetivo do Evento |  |
| Tema central |  |
| Haverá Patrocínio? | Sim Não |
| Em caso afirmativo, listar os nomes das prováveis empresas patrocinadoras |  |
| Modalidade de Inscrição | Gratuita Paga |
| Trabalhos Científicos | Sim Não Caso sim, qual a quantidade estimada: |
| Nome e e-mail dos componentes da Comissão Organizadora |  |
| Estimativa de Palestrantes |  |
| Nome completo e e-mail dos palestrantes convidados e confirmados |  |

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

Sim Não

**IMPORTANTE: É imprescindível enviar a prévia da programação juntamente com este formulário para avaliação do Dep. Científico da ABN**.

**ATENÇÃO: Este formulário deverá ser enviado ao e-mail** [**gerencia.eventos@abneuro.org.br**](mailto:gerencia.eventos@abneuro.org.br) **com o assunto “Nome do DC/CE/Sociedade + nome do evento”.**