

	<b>Ficha de Pré Inscrição Formação Certificada</b>	ANO

ACÇÃO DE FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

Formação Externa		Formação em Sala	
------------------	--	------------------	--

(Assinalar a modalidade pretendida)

(A preencher pelo cliente e/ou formando)

Técnico Responsável:		Data:	
Cliente Garantia		Nº Cliente	
(Indicar o tipo de contrato: HACCP, SHT, etc...)			
Identificação			
Contribuinte		Telefone	
Responsável / Gerente			
Número Total de Formandos		Preço por Formando	
Observações:			
Responsável Pela Pré-Inscrição:			

Escritórios / Laboratório / Clínica de Saúde: Avª são João de Deus n.º 7-A/D 1000-277 Lisboa  
 ☎ 218 123 3555 Fax: 218 162 362 E-mail: [geral@garantia.pt](mailto:geral@garantia.pt) [www.garantia.pt](http://www.garantia.pt)

-----**Delegações**-----

Leiria: Avª Nossa Senhora de Fátima, n.º 14 – R/C Esq.

2410-140 Leiria ☎ 244 823 615

Porto: Rua do Breiner nº65 2ºEsq Cedofeita

4050-126 Porto ☎ 222 010 733

Évora: Rua Diana de Liz-Horta do Bispo – Apartado 25

7005-413 Évora

MOD FOR 000-05