



16 e 17 de dezembro de 2021

Universidade de Coimbra  
 Edifício Central da FCT (polo II)

**Ficha de Inscrição - Autores**  
*Registration form - Authors*

Título da Comunicação:  
*Paper Title:* \_\_\_\_\_

Nome:  
*Name:* \_\_\_\_\_

Entidade:  
*Affiliation:* \_\_\_\_\_

Morada:  
*Address:* \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
*City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_*

País:  
*Country:* \_\_\_\_\_

Telefone:  
*Phone:* \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fatura em nome de: \_\_\_\_\_ N.º Cont. \_\_\_\_\_  
*Receipt in name of: \_\_\_\_\_ VAT nº \_\_\_\_\_*

Tipo de comunicação <i>Type of communication</i>		Valor <i>Value</i>	Condições de participação <i>Participation conditions</i>
<input type="checkbox"/>	<b>Apresentação oral</b> <i>Lecture</i>	€ 150,00 + IVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Divulgação do artigo/resumo alargado pelos participantes da conferência <i>Paper/extended summary dissemination by conference participants.</i></li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<b>Póster</b> <i>Poster</i>	€ 120,00 + IVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentação + coffee breaks + almoços + jantar da conf. <i>Documentation + coffee breaks + lunches + conference dinner</i></li> </ul>

Concordo com as condições de participação como autor da 5ª Conferência Nacional em Ensaio Não Destrutivos  
*I agree with participation conditions as author at the 5th NDT Portuguese National Conference*

Em nome de todos os autores, concordo em atribuir os direitos de autor ao artigo/resumo alargado para fins da sua distribuição, em formato pdf, aos participantes da conferência.  
*On behalf of all authors I agree to assign the copyright of the paper/extended summary, for purposes of distribution in pdf format, to the conference participants.*

**Pagamento por Transferência Bancária/Payment by Bank Transfer:**

**Nome da Conta/Account Name:** RELACRE

**IBAN:** PT50.0018.0001.00200880936.34 \* **SWIFT CODE:** TOTAPTPL

(Os custos da transferência são assegurados pelo ordenante/Transfer charges assumed by the orderer)

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_*

\*Por favor, envie a ficha de inscrição e o comprovativo de pagamento para o seguinte e-mail:  
 \*Please send this registration form and a copy of payment proof by e-mail or fax:

**E-mail:** [fsend@relacre.pt](mailto:fsend@relacre.pt)  
**Phone:** +351 213 191 792