# FORMULÁRIO 5 - LOCALIZAÇÃO DOS PONTOS DE ENERGIA

Essa ficha deverá ser preenchida e anexada ao formulário para ser enviado a **SOCERJ** até o dia  **01 de Setembro de 2024**.

### Solicitamos que os pontos de energia para nosso estande no 19º Congresso Fluminense de Cardiologia da SOCERJ sejam instalados nos locais abaixo:

**ASSINALAR NO QUADRO ABAIXO OS LIMITES DO ESTANDE**

## (Indicar laterais, fundos e frente do estande. Em caso de ilhas, marcar também as ruas).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LEGENDA**:  **Razão Social (EXPOSITOR):** | ↑ **Ponto de energia** | |  | | | |
|  |  | |  | | |  |
| **Nome Fantasia**: |  | | **CNPJ (Obrigatório):** | | |  |
|  |  | |  | | |  |
| **Endereço:** |  | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  |
| **Número:** | **CEP:** | | **Bairro:** | | |  |
|  |  | |  | |  |  |
| **Cidade:** |  | |  | | | **UF:** |
|  |  | |  | | | SP |
| **Fone:** | **Fax:** | | **E-mail:** | | |  |
|  | |  | |  | | |

**Responsável pela solicitação: Data:**

**Assinatura: Carimbo da empresa:**