

SOLICITAÇÃO DE DESISTÊNCIA/REEMBOLSO

7º Neodent Congress

DADOS PESSOAIS DO SOLICITANTE	
Nome completo:	
CPF:	
Endereço Completo:	
DDD + Telefone/Celular	
E-mail:	
MOTIVO DA DESISTÊNCIA/SOLITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Problemas de Saúde	
<input type="checkbox"/> Duplicidade de Pagamento (pagamento de dois boletos por engano)	
<input type="checkbox"/> Mudança do congresso para ONLINE – reembolso da diferença do valor	
<input type="checkbox"/> Não desejo informar	
<input type="checkbox"/> Outro:	
DADOS BANCÁRIOS PARA REEMBOLSO	
Valor pago pela Taxa de Inscrição:	
Chave PIX:	
ou	
Banco:	
Agência:	
Conta-Corrente:	
Nome do Titular da Conta:	
CPF do Titular da Conta:	
ANEXOS	
<input type="checkbox"/> Comprovante de Pagamento (<i>obrigatório</i>)	
<input type="checkbox"/> Cópia de Atestado Médico (<i>somente em caso de desistência por problemas de saúde</i>)	

Estou ciente e de acordo que os dados pessoais informados neste formulário serão utilizados exclusivamente para análise, processamento e execução do pedido de desistência/reembolso referente à inscrição no 7º Neodent Congress.

Solicito a devolução/reembolso da taxa de inscrição no valor informado acima e afirmo que todos os dados fornecidos neste formulário são verdadeiros, completos e livres de erro, isentando a Neodent de qualquer responsabilidade por informações incorretas, incompletas ou divergentes aqui apresentadas.

Local:

Data:

Assinatura:
