4º Curso de Medicina Hiperbárica do Rio de Janeiro

10 a 15 de junho de 2019 - Centro de Convenções do Hotel Windsor Flórida

SOLICITAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Solicito a devolução do valor de R$ _____ (_____

_____),

menos a porcentagem de 40% de taxa administrativa, referente a taxa de inscrição no **4º Curso de Medicina Hiperbárica do Rio de Janeiro**.

Este pedido se dá devido à (justificativa) _____

_____

_____

_____

_____

_____

Nome Completo:			
RG:		CPF:	
Endereço Completo:			
Cidade:		UF:	
Tel. Fixo:		Tel. Celular:	
E-mail:			
DADOS BANCÁRIOS			
Banco:		Agencia:	
Conta Corrente:			

Local e Data: _____

Assinatura: _____

ATENÇÃO: **favor enviar este FORMULÁRIO devidamente assinado, via e mail curso@hiperbarica.rio.br**