APAMT
ASSOCIAÇÃO PARANAENSE
DE MEDICINA DO TRABALHO

SOLICITAÇÃO DE DEVOLUCIAÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Data: ____/____/_____

Solicito a devolução do valor R$_____

(_____)

Referente à taxa de inscrição no Evento/Curso:

_____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

( )Sem Justificativa - Até 30 (trinta) dias antes do início do respectivo evento - 50% do valor pago.

( )Problemas de Saúde - Até 5 (cinco) dias antes do início do respectivo evento - 80% do valor pago.

( )Duplicidade de Pagamento - Até 5 (cinco) dias antes do início do respectivo evento - 100% do valor pago.

DADOS DO REQUERENTE

Nome Completo: _____

RG: _____

CPF: _____

Telefone: ( )_____

Celular: ( )_____

E-mail:_____

DADOS BANCÁRIOS:

Banco:_____

Agência:_____

Conta Corrente:_____

Nome do titular da conta:_____

CPF do titular da conta:_____

Assinatura:_____

OBS: ANEXAR O(S) COMPROVANTE(S) DE PAGAMENTO e CÓPIA DO ATESTADO MÉDICO (em caso problemas de saúde).

ENVIAR PARA APAMT – secretaria@apamt.org.br