

Data: _____

À

Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Facial – Seção SC

SOLICITAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Solicito a devolução de minha taxa de inscrição para **VI CONGRESSO CATARINENSE DE ORTODONTIA e II ENCONTRO LATINO-AMERICANO DE ORTODONTISTAS** a ser realizado de 22 a 24 de outubro de 2020 em Florianópolis-SC conforme regras abaixo.

Este pedido se dá devido à

Dados cadastrais

Nome Completo: _____

RG: _____ CPF: _____

Dados bancários para reembolso

Banco: _____

Agencia: _____ Conta Corrente/poupança: _____

Assinatura: _____

REGRAS PARA CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Justificativa *	Prazo para Solicitação	Valor a ser reembolsado
Sem justificativa	Até 30 (trinta) dias antes do início do Congresso	50% do valor pago
Problemas de saúde	Até 10 (dez) dias antes do início do Congresso	80% do valor pago
Duplicidade de pagamento	Até 5 (cinco) dias antes do início do Congresso	100 % do valor pago

- Sem justificativa - preenchimento do formulário de solicitação de devolução da taxa de inscrição;
- Problemas de saúde - preenchimento do formulário de solicitação de devolução da taxa de inscrição + cópia do atestado médico;
- Duplicidade de pagamento - preenchimento do formulário de solicitação de devolução da taxa de inscrição + cópias dos comprovantes de pagamento.