

* Preenchimento obrigatório.

Nome completo*: _____

CPF*: _____ - _____ RG*: _____ Data nasc.*: ____/____/____ Sexo*: () Masc. () Fem.

Endereço*: _____ N°: _____ Comp.: _____ Bairro*: _____

Cidade*: _____ UF*: _____ CEP*: _____ Local de trabalho: _____

Fone Residencial*: _____ Celular*: _____ Fone Trabalho*: _____

E-mail: _____ Possui alguma necessidade especial? () Sim () Não - Qual? _____





Já participou de algum evento do Instituto Conhecer? () Sim () Não - Qual? _____

* Preenchimento obrigatório

Valor da inscrição: Preço válido até a data do evento

R\$ 1.500,00

Condições de pagamento:

Parcelamento em até 6x nos cartões:    

Depósito bancário (somente valor integral) até 10/09/2018

INFORMAÇÕES:

Local do Evento: Auditório do Bristol Easy Hotel - Praia de Itaparica (Rod. do Sol, 700 - Praia de Itaparica, Vila Velha - ES, 29102-020).

A inscrição inclui: participação em todo o programa do evento, coffee break, pasta, bloco-pergunta, caneta, crachá e certificado.

Obs.: 1) A inscrição é pessoal e intransferível.
2) Não há devolução da taxa de inscrição.

PROCEDIMENTOS PARA A INSCRIÇÃO:

- Caso seja depósito bancário, enviar juntamente o comprovante de depósito (Conta Corrente: Caixa Econômica Federal Favorecido: **INSTITUTO CONHECER** - Agência: 1643 / Operação 003 / Conta 55339-9); **CNPJ: 17.681.574/0001-75** - para o e-mail **atendimento@maxima.art.br**
- Caso seja cartão de crédito, preencher os dados do cartão na ficha e enviar juntamente com a mesma, a cópia frente e verso do cartão e RG.

Forma de Pagamento escolhida:

() Depósito bancário (somente o valor integral) () Cartão de débito (à vista) () Cartão de crédito _____ vezes

Cartão de Crédito (preenchimento obrigatório):

() VISA () MASTERCARD () DINERS () AMERICAN EXPRESS () ELO () CABAL

Nº do cartão _____ Data validade ____/____(mês/ano)

Parcelas: _____ CVV _____ (3 últimos números impressos na tarja de assinatura no verso do cartão)

Nome do titular: _____ Tel. Celular: _____

RG (Titular do Cartão) _____ CPF (Titular do Cartão) _____

Assinatura igual à do cartão _____

Valor recolhido inscrição: R\$ **1.500,00**

DECLARO ESTAR CIENTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE O EVENTO FORNECIDAS PELA ORGANIZAÇÃO EM

_____/_____/2018

ASSINATURA DO CONGRESSISTA