

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 02/11/2017

R\$ 470,00

Condições de pagamento:

Parcelamento em até 6x nos cartões: 
Depósito bancário (somente valor integral) até 31/10/2017

INFORMAÇÕES:

Local do Evento: Espaço Celso Oliveira (São João da Barra, Conceição do Castelo/ES)

A inscrição inclui: participação em todo o programa do evento, 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:

- Por e-mail - Enviar até 06/10/2017 a ficha de inscrição preenchida para atendimento@institutoconhecer.org.br
- 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@institutoconhecer.org.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\$ 470,00

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

_____/_____/2017

ASSINATURA DO CONGRESSISTA