


* Preenchimento obrigatório

Nome : _____
Sexo*: () Masculino () Feminino CPF*: _____ RG*: _____ Data Nasc.: ___/___/___
Endereço*: _____ N°: _____ Comp.: _____
Bairro*: _____ Cidade*: _____ UF*: _____ CEP*: _____
Tel. Res.*: _____ Celular*: _____ Tel. Trabalho: _____
E-mail: _____ Local de trabalho: _____
Possui alguma necessidade especial? () Não () Sim Qual? _____
Já participou de algum evento do Instituto Conhecer? () Não () Sim Qual? _____
Frequenta alguma religião? () Sim () Não Qual? _____

Valor da inscrição: Preço válido até 04/10/2017

R\$ 340,00

Condições de pagamento:

Parcelamento em até **6x** nos cartões: 
Depósito bancário (somente valor integral) até 03/10/2017

INFORMAÇÕES:

Local do Evento: Auditório da EMEF Viva Kaio Fredy Daré Grigoletto (Rua Daniel Pellissari, nº 50, Rafael Thomas - Vila Valério/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 04/10/2017 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\$ **340,00**

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

_____/_____/2017

ASSINATURA DO CONGRESSISTA