


Nome*: _____ * Preenchimento obrigatório.
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 14/09/2017

R\$ 1.200,00

Condições de pagamento:

Parcelamento em até **6x** nos cartões: 
Depósito bancário (somente valor integral) até 12/09/2017

INFORMAÇÕES:

Local do Evento: Auditório da Faculdade UCL (Rodovia ES 010, Km 6 - Manguinhos - Serra - ES, CEP: 29173-087)
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.

PROCEDIMENTOS PARA A INSCRIÇÃO:

- Enviar até 31/10/2016 a ficha de inscrição preenchida para o e-mail 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\$ **1.200,00**

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

_____/_____/2017

ASSINATURA DO CONGRESSISTA