SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

À Comissão Organizadora do VI Congresso Brasileiro de Cirurgia do Sistema Nervoso Periférico,

R$ ,00 ( )

Solicito a devolução do valor de

referente a taxa de inscrição no VI Congresso Brasileiro de Cirurgia do Sistema Nervoso Periférico**,** que será realizado nos dias 14 a 15 de junho de 2019, no Hospital SARAH Brasília.

Este pedido se dá devido:

( ) Sem justificativa ( ) Problemas de Saúde ( ) Duplicidade de Pagamento

Nome Completo

End Completo

Cidade/UF

CEP CPF

Telefone Celular

E-mail

**DADOS BANCÁRIOS:**

Banco Agência DV Conta Corrente DV

Nome titular conta

CPF do titular da conta

Assinatura

**ATENÇÃO**: anexar o(s) comprovante(s) de pagamento e, em caso de problemas de saúde, enviar cópia do atestado médico. Enviar para: [VICongressoBrasileirodoSNC@sarah.br](mailto:VICongressoBrasileirodoSNC@sarah.br)