

Data: _____

À

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SOLICITAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Solicito a devolução de minha taxa de inscrição para **VII CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE** a ser realizado de 5 a 7 de novembro de 2020 no Centro de Eventos da PUCRS – Porto Alegre/RS.

Este pedido se dá devido à

Dados cadastrais

Nome Completo: _____

RG: _____ CPF: _____

Dados bancários para reembolso

Banco: _____

Agencia: _____ Conta Corrente/poupança: _____

Assinatura: _____

Justificativa *	Prazo para Solicitação	Valor a ser reembolsado
Sem justificativa	até 30 (trinta) dias antes do início do Congresso	50% do valor pago
Problemas de saúde	Até 5 (cinco) dias antes do início do Congresso	80% do valor pago
Duplicidade de pagamento	Até 5 (cinco) dias antes do início do Congresso	100 % do valor pago
Adiamento do evento	Até 60 (sessenta) dias a partir do adiamento do evento (17/06/2020)	100% do valor pago

- Sem justificativa - preenchimento do formulário de solicitação de devolução da taxa de inscrição;
- Problemas de saúde - preenchimento do formulário de solicitação de devolução da taxa de inscrição + cópia do atestado médico;
- Duplicidade de pagamento - preenchimento do formulário de solicitação de devolução da taxa de inscrição + cópias dos comprovantes de pagamento.
- Adiamento do evento - mudança de data do evento e eventual impossibilidade de participação na nova data.