

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob CPF \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_ declaro que estou ciente que as solicitações de cancelamento com reembolso de 50% do valor pago pela inscrição no Congresso DHA 2016 serão aceitas até dia 29.10.2016. Desta forma, solicito o cancelamento da minha inscrição no Congresso.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

Dados Bancários de Conta Titular

Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conta: [ ] Corrente [ ]Poupança

N° Conta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_