SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

NOME: _____

CPF: _____

Solicito o cancelamento da minha inscrição efetivada no ***DHA -2017 XIV Congresso do Departamento de Hipertensão Arterial/SBC***, declaro que as regras de cancelamento (reembolso de 50% do valor pago) são do meu conhecimento.

_____

Assinatura

Dados Bancários de Conta Titular

Banco: _____

Agência: _____

Conta: [ ] Corrente [ ]Poupança

N° Conta: _____