À

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC

SOLICITAÇÃO DE DEVOLUÇÃO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

REGRAS PARA CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Observação: A devolução de valores pagos será efetuada até 60 dias após a solicitação formalizada.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Reembolsos | Prazo para solicitação | Valor a ser reembolsado |
| GERAL | Até 31/12/2024 | 70% do valor pago |
| Entre 01/01/2025 e 31/04/2025 | 50% do valor pago |
| Entre 01/05/2025 e 30/05/2025 | 20% do valor pago |
| COM ATIVIDADE APROVADA | Até 15/04/2025 | 95% do valor pago |

Solicito a devolução de minha taxa de inscrição para a 18º CBMFC a ser realizado de 5 a 8 de junho de 2025 em Manaus/AM, conforme informações abaixo:

Motivo:

Dados cadastrais

Nome Completo:

CPF:

Categoria de inscrição:

Valor pago:

Dados bancários:

Nome e número do banco:

Agência:

Conta Corrente/Poupança:

PIX:

Data:

Assinatura: