



FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE VALORES

Á

Medicine Cursos

Ref.: Solicitação de Devolução da Taxa de Inscrição

Solicito a devolução do valor referente a taxa de inscrição no Curso de Pós-Graduação em Direito Médico.

Motivo:		
Nome Completo:		
RG:	CPF:	
Endereço Completo:		
Cidade/UF:	CEP:	
Telefone: ()	Celular: ()	
E-mail:		
Banco:	Agencia:	Conta Corrente:

Critérios para devolução:

Até dia 30/04/2018	50 % do valor pago
Até dia 31/05/2018	30% do valor pago
A partir do dia 01/06/2018	NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO