



25^a
CONVECON

CONVENÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DA
CONTABILIDADE DO
ESTADO DE SÃO PAULO

9 a 11 DE OUTUBRO DE 2017
CENTRO DE EVENTOS PRO MAGNO
SÃO PAULO | SP

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE INSCRIÇÃO

NOME: _____

CPF: _____

Solicito o cancelamento da minha inscrição efetivada no **25^o CONVENCON – Convenção dos Profissionais da contabilidade do estado de São Paulo**, declaro que as regras de Reembolso (70% do valor pago) são do meu conhecimento.

Assinatura

Dados Bancários de Conta Titular

Banco: _____

Agência: _____

Conta: [] Corrente [] Poupança

Nº Conta: _____