



FAFF2025

XIII FÓRUM BRASILEIRO SOBRE ASSISTÊNCIA
FARMACÉUTICA E FARMACOECONOMIA
I CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

15 a 18 de setembro

BeFly Minascentro | Belo Horizonte (MG)

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DA INSCRIÇÃO

AO

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA E FARMACOECONOMIA

Ref: Solicitação de Devolução da Taxa de Inscrição

Solicito a devolução do valor _____ R\$ (_____), referente a taxa de inscrição no FAFF 2025.

Este pedido se dá devido:

- () Sem justificativa
() Problemas de Saúde
() Duplicidade de Pagamento (realizei dois pagamentos por engano)
() Recebi patrocínio de uma instituição (realizei dois pagamentos por engano)

Nome Completo:

RG:

CPF:

Endereço completo:

Telefone: ()

Celular: ()

E-mail:

DADOS BANCÁRIOS:

Banco (cód): _____

Agência: _____

Conta Corrente: _____

Nome do titular da conta: _____

CPF do titular da conta: _____

Caso tenha PIX, preencher também as informações abaixo:

Chave PIX: _____

Tipo de chave PIX: _____

Anexar:

- () Comprovante de pagamento
() Cópia do atestado médico (em caso de problemas de saúde)

Data: ____/____/2024

Assinatura: _____

contato@pharmaeventus.com.br | +55 71 3561-0260

