



Por favor, retorne este formulário preenchido e com o pagamento acertado, conforme a forma de pagamento escolhida.
POR FAVOR PREENCHA O FORMULÁRIO MÉDICO QUE SEGUE COM ESTA PÁGINA.

NOME _____

ENDEREÇO _____

CIDADE _____ ESTADO/PAÍS _____

CEP _____ E-mail _____

TELEFONE (Res.) _____ (Celular) _____

VALORES E FORMAS DE PAGAMENTO PARA CADA MÓDULO: (Inclui o treinamento, hospedagem - em aptos triplos (08), no total de 24 vagas - e alimentação, a partir do domingo, à noite, com jantar.

IMPORTANTE: Os extras de consumo utilizados na pousada serão da responsabilidade dos que vierem a consumir e deverão por eles serem pagos. Quem for fazer as duas oficinas deve pagar uma diária extra, entre as oficinas ou módulos, no valor de duzentos reais (R\$ 200,00).

(A) à vista:

1. Até 10 agosto 2016 = R\$ 3.900,00 (três mil e novecentos reais)
2. A partir de 11 de Agosto de 2016 = R\$ 4.300,00 (quatro mil e trezentos reais)

(B) mensalmente:

1. Começando até 10 Agosto 2016 = 5 X R\$ 820,00 = R\$ 4.100,00 (quatro mil e cem reais)
2. Começando a partir de 11 agosto 2016 = 5 X R\$ 900,00 = R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais)

IMPORTANTE: **O valor da tabela acima é para cada módulo.** O participante deverá assinar um documento se comprometendo a pagar o(s) módulo(s) na íntegra e só receberá o certificado de participação quando estiver quites com o compromisso de pagamento do módulo(s).

ESTOU ME MATRICULANDO PARA O(S) MÓDULO(S) DE TREINAMENTO: (Assinale e preencha a forma de pagamento e os valores abaixo)

O Renascimento da Pesquisa Psicodélica e a Metodologia Clínica de Stanislav Grof – módulo eletivo, com Eduardo Schenberg (convidado especial), Álvaro Jardim e Dora Jardim, 17 a 22/10/2016.

A Arte e a Prática da Integração, módulo eletivo, com Álvaro Jardim e Dora Jardim, 24 a 29/10/2016. Forma de Pagamento () _____ = R\$ _____

\$ _____
Forma de Pagamento () _____ = R\$ _____

Total devido: R\$ _____

Valor do depósito em conta corrente: R\$ _____



PAGAMENTO

O xerox do(s) pagamento(s) total(is), preferencialmente através de depósito identificado em conta corrente, deverá acompanhar este formulário, a menos que tenha nos contatado para fazê-lo de outra forma.

RESPONDA, POR FAVOR:

Venho de (origem) _____ dirigindo _____ avião _____ ônibus _____
outro (especifique) _____ Quero partilhar um quarto com

Sou fumante _____ não fumante _____ ronco _____

Sou vegetariano _____ não vegetariano _____

POR FAVOR, LEIA E ASSINE O QUE SE SEGUE. SUA ASSINATURA É NECESSÁRIA PARA A INSCRIÇÃO.

****REGRAS PARA CANCELAMENTO:** A taxa de cancelamento do(s) módulo(s) é de 10% do valor total pago para pagamento a vista, ou 10% do valor total contratado para pagamento parcelado e não haverá devolução deste valor.

A diferença desta taxa extraída do montante pago será devolvida, uma vez seja feito o cancelamento até 10 de setembro de 2016.

Não poderá ser feita nenhuma devolução, por qualquer razão, após a data de 25 de setembro de 2016.

O envio de um formulário de registro assinado e sem a definição de uma forma de pagamento não será aceito. E quando definida uma forma de pagamento ela obedecerá às regras de cancelamento aqui estabelecidas.

****REGRAS PARA O USO DE SUBSTÂNCIAS:**

O uso de quaisquer drogas, não prescritas por profissional qualificado, ou outras substâncias ilegais não serão permitidas durante o treinamento ou no local onde será realizado o treinamento.

Não será permitido continuar no programa de treinamento ou vir a se tornar certificado como facilitador em Respiração Holotrófica qualquer pessoa que faça uso de drogas ou substâncias durante o treinamento ou no local do treinamento.

Assinatura

Local e Data

Informação para envio de pagamento para:

Banco Itaú S.A.

Agência 4390



Conta corrente nº. 01330-0
em nome de Álvaro V Jardim Jr.
CPF 085.813.551-53

Para nosso controle:

Data de recebimento: _____

Conforme enviado: _____

Recibo confere: _____

Valor recebido: _____

Observação:
