|  |
| --- |
| **CURSOS VERITAE**  **FICHA DE INSCRIÇÃO**  **Cursos/RJ/Abril/2017** |

|  |
| --- |
| **NOME DO EVENTO:**    **CURSO**  **ORGANIZAÇÃO DO ARQUIVO DE RECURSOS HUMANOS**  **Expositor(a): Prof. Juan Cacio Peixoto**  **Data: Dia 11 de abril de 2017**  **Local do Curso: Rio de Janeiro-RJ-** **No caso de confirmação do curso, o endereço será informado por e-mail, até 03 dias antes do evento.**    **Horário: Das 9:00 às 13:00 e das 14:00 às 18:00** |

|  |
| --- |
| **INSTRUÇÕES**  **Salve esse Documento, preencha e nos encaminhe, através do e-mail** [**cursos@veritae.com.br**](mailto:cursos@veritae.com.br)**.**  **O prazo para a confirmação do pagamento é de até 03 dias antes do evento. A Confirmação da realização, ou não, ocorrerá até 02 dias antes do evento. Leia as *Observações Importantes* ao final.**  **A Nota Fiscal será encaminhada ao responsável pelo pagamento, com cópia ao responsável pela inscrição.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados da Empresa ou Pessoa Física** | | | | |
| Razão Social ou Nome:   |  | | --- | |  |   CNPJ ou CPF:   |  | | --- | |  |   Incrição Estadual/Municipal:   |  | | --- | |  |   Número do Telefone:   |  | | --- | |  |     Endereço do Site:   |  | | --- | |  |    Email:   |  | | --- | |  | |  | | Endereço Fiscal (Conforme CNPJ ou CPF):   |  | | --- | |  |   CEP:   |  | | --- | |  |   Bairro:   |  | | --- | |  |   Cidade:   |  | | --- | |  |   Estado:   |  | | --- | |  | | |
| **Responsável pela Inscrição** | | | | |
| Nome:   |  | | --- | |  |   Cargo/Setor:   |  | | --- | |  |   E-mail:   |  | | --- | |  | |  | | Número do Telefone:   |  | | --- | |  |   Número do Fax:   |  | | --- | |  |   Aniversário:   |  | | --- | |  | | |
| **Responsável pelo Pagamento** | | | | |
| Nome:   |  | | --- | |  |   Cargo/Setor:   |  | | --- | |  |   E-mail:   |  | | --- | |  | | |  | | Numero do Telefone:   |  | | --- | |  |   Número do Fax:   |  | | --- | |  |   Informar a Data Prevista para o Pagamento (até 03 dias antes do evento):   |  | | --- | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Associado à OAB/CAARJ?** | |
| Sim | Não |

**Número OAB RJ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSOCIADO AO CLUBE DO ADVOGADO?** | |
| Sim | Não |

**Número Inscrição CA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSOCIADO AO SESCON?** | |
| Sim | Não |

|  |  |
| --- | --- |
| **Assinante VERITAE?** | |
| Sim | Não |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opções de Pagamento** | |
|  |  |

**R$ 778,00 (Setecentos e Setenta e Oito Reais)**

* Você pode optar parcelar em até 6 x sem juros, no Cartão de Crédito.

**Têm desconto de 25% nas Inscrições**:

Assinantes VERITAE;

02 ou mais Inscrições por Empresa;

Inscrições em Mais de 01 Curso Programado VERITAE;

Convênios OAB/CAARJ, Clube do Advogado, SESCON RJ.

(Os descontos não são cumulativos)

***Para gozar do desconto, o advogado e o estagiário deverão estar adimplentes com suas obrigações perante a OAB/RJ / CAARJ ou Clube do Advogado, e o funcionário deverá estar devidamente e comprovadamente matriculado na OAB/RJ / CAARJ. Essa informação está sujeita à verificação pela OAB RJ/CAARJ, conforme convênio.***

**Informe sua Opção:**

|  |  |
| --- | --- |
| Deposito | Boleto Bancário-Vencimento (até 03 dias antes do evento): |

**Para opção Depósito, solicite os dados bancários através do e-mail** [**cursos@veritae.com.br**](mailto:cursos@veritae.com.br)

|  |  |
| --- | --- |
| **Outras Observações que Julgar Necessária** | |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados dos Participantes**  **Participante 1** | | |
| Nome Completo:   |  | | --- | |  |   Cargo:   |  | | --- | |  |   Aniversário:   |  | | --- | |  |   Observações:   |  | | --- | |  | |  | Email:   |  | | --- | |  |   Número do Telefone:   |  | | --- | |  |   Número do Fax:   |  | | --- | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Participante 2** | | | | | |
| Nome Completo:   |  | | --- | |  |   Cargo:   |  | | --- | |  |   Aniversário:   |  | | --- | |  |   Observações:   |  | | --- | |  | | |  | | Email:   |  | | --- | |  |   Número do Telefone:   |  | | --- | |  |   Número do Fax:   |  | | --- | |  | | |
| **Participante 3** | | | | | |
| Nome Completo:   |  | | --- | |  |   Cargo:   |  | | --- | |  |   Aniversário:   |  | | --- | |  |   Observações:   |  | | --- | |  | | | |  | | Email:   |  | | --- | |  |   Número do Telefone:   |  | | --- | |  |   Número do Fax:   |  | | --- | |  | |
| **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:** | | | |
|  | | | |
| * Serão fornecidos Apostila e Certificados de Participação.      * A confirmação da inscrição dá-se com o envio, **através do email** [**cursos@veritae.com.br**](mailto:cursos@veritae.com.br)**,** do comprovante do depósito da Taxa de Inscrição.  O prazo para confirmação é de 03 dias, no máximo, antes do evento.  Eventuais desistências, também deverão observar o prazo referido.      * As **faltas** de participantes inscritos, sem desistência formalizada, no prazo acima, não implicam em crédito ou devolução do pagamento.      * A quantidade de participantes é **limitada**, por isso, não deixe sua inscrição para a última hora.  Você poderá estar perdendo uma grande oportunidade de aprendizado. * Presumem-se verdadeiras as informações de Associação aos Convênios mantidos, bem como a regularidade perante os mesmos. As informações serão encaminhadas às Entidades referidas para os devidos controle.      * Tendo em vista o quorum mínimo para sua realização, o evento poderá ser cancelado ou ter sua data alterada, mediante comunicação prévia de 02 dias, no máximo, antes da data prevista para sua realização.  Nessa eventualidade, o depósito será devolvido no prazo de 24 horas da comunicação.      * **Sua confirmação é muito importante para a realização do curso!** | | | |

|  |
| --- |
| **REALIZAÇÃO** |
| **VERITAE *ORIENTADOR EMPRESARIAL LTDA***  **Logo FINAL branco 15 anos Azul copy**  [**www.veritae.com.br**](http://www.veritae.com.br)  **Tel 21 41415039** |
| **CONVÊNIOS** |
| Logo CA ca-vertical_azul     |  | | --- | | **Muito Obrigado e Parabéns por sua Inscrição!**  **Desejamos um Excelente Aproveitamento!** | |