**FORMULÁRIO 06**

## SOLICITAÇÃO DE CRACHÁS PARA EXPOSITORES (OBRIGATÓRIO)

Para ser preenchido e enviado á **Cenacon** até o dia **28 de Fevereiro de 2014,** pelo email: [comercial02@cenacon.com.br](mailto:comercial02@cenacon.com.br)

Esta credencial dará acesso ao **XIII Congresso Internacional de Catarata e Cirurgia Refrativa,** em todas as fases do evento, ou seja, montagem, realização e desmontagem**.**

**Local e data de retirada dos crachás:**

**Centro de Convenções SulAmérica** – **CAEX** – a partir das **07:00 do dia** **29 de março de 2014**.

Solicitamos o fornecimento de crachás para as pessoas abaixo relacionadas, que estarão trabalhando em nosso estande, sob nossa responsabilidade.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Função** | **CPF** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Atenção:**

Se o espaço não for suficiente, providenciar cópia do formulário.

Indicar dentro da relação, o responsável para retirar os crachás.

|  |
| --- |
| Razão Social (**EXPOSITOR**): |

Nome Fantasia: CNPJ (Obrigatório):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Endereço:

|  |
| --- |
|  |

Número: CEP: Bairro:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Cidade: UF:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Fone: Fax: E-mail:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Responsável pela solicitação: Data:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
| Assinatura: Carimbo da empresa: | Carimbo da empresa: | |