



TERMO DE ADESÃO

1. **CONTRATANTE:** _____
2. **CONTRATADA:** ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
3. **NOME DO CURSO** _____

4. **PRAZO DE REALIZAÇÃO:** _____
5. **VALOR DA MATRÍCULA:** R\$ _____ (_____)
6. **VALOR DO CURSO:** R\$ _____ Cheques () Cartão () Espécie () de R\$ _____
(_____).

Em caso de desistência do curso o ressarcimento do pagamento obedecerá às seguintes condições:

1. TAXA DE MATRÍCULA

Havendo desistência, manifestada por escrito pelo (a) contratante, 48 horas antes do início do curso, o contratante receberá 90% do percentual do valor pago, ficando percentual de 10% em favor da contratada a título de encargos administrativos.

2. CURSOS COM PARCELAS MENSAIS

Havendo desistência durante o curso, manifestada por escrito pelo (a) contratante antes do início do mês, receberá o (a) contratante a devolução das parcelas seguintes ao mês do cancelamento.

Salvador, ____/____/____.

Assinatura _____



DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que emitirei os ____ (_____) cheques no valor de R\$ _____
(_____) cada, totalizando R\$ _____
(_____), referente às mensalidades do
curso de _____,
no qual estou matriculado.

Salvador, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO CANDIDATO (A)