

FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO INGRESSOS CINÉPOLIS

Autorizo o desconto em folha de pagamento de _____ ingresso(s) do Cinépolis que retirei junto à Cooperativa, no valor total de R\$ _____.

____/____/____.

Valor unitário do ingresso **R\$ 14,00.**

Nome

R.E

Assinatura do Associado

Empresa/Unidade

Obs. Não aceitamos trocas ou devoluções dos ingressos/códigos após o envio.
Verifique a validade dos ingressos no momento da solicitação.