

FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO INGRESSOS CINEMARK

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

_____/_____/_____.

Valor unitário do ingresso **R\$ 15,70.**

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.