

DOCUMENTO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Fecha de Matriculación:* .....	Duración del Curso:* .....
Sede:* .....	Grupo:* .....
Importe mensual:* .....	Primer mes + Fianza* PAGADO <input type="checkbox"/> Sí (efectivo / talón) <input type="checkbox"/> No (Incluir en domiciliación)

\*A rellenar por secretaría

\*La fianza se aplicará exclusivamente al pago del último mes

Datos del alumno Apellidos y Nombre .....															
Datos del titular de la cuenta Apellidos y Nombre .....															
CÓDIGO CUENTA CLIENTE (CCC)															
Entidad				Oficina				DC		Número de Cuenta					

**Nota Importante:** En caso de devolución de los recibos domiciliados por causas ajenas a CTO, autorizo a que se carguen en la cuenta los gastos bancarios de dicha devolución.

Firma y NIF del Titular de la cuenta	
--------------------------------------	--

Nº de Referencia* <small>*A rellenar por Contabilidad CTO</small>	
----------------------------------------------------------------------	--

Ejemplar para secretaría

Ejemplar para el banco

Ruego abonen los recibos domiciliados por CTO Medicina, S.L hasta nueva orden

Datos del alumno Apellidos y Nombre .....															
Datos del titular de la cuenta Apellidos y Nombre .....															
CÓDIGO CUENTA CLIENTE (CCC)															
Entidad				Oficina				DC		Número de Cuenta					

He leído y acepto la política de protección de datos .

Firma y NIF del Titular de la cuenta	
--------------------------------------	--

Protección de datos de CARÁCTER personal

En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos personales que voluntariamente nos facilita a través del presente formulario de matriculación, los cuales resultan necesarios para su tramitación y gestión académica, serán incorporados a un Fichero cuyo Responsable es CTO ENFERMERIA, S.L.

El destinatario de la información que se genere será el propio alumno, atendiendo a lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica aplicable.

El alumno dispone de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos que podrá ejercer en el siguiente domicilio C/ Francisco Silvela 106, 28002 de Madrid, España.

El alumno, al rellenar el formulario de matriculación, autoriza expresamente a CTO ENFERMERIA, S.L. el Tratamiento de sus Datos Personales con la finalidad de remitirle comunicaciones comerciales de los productos y servicios por parte de CTO ENFERMERIA, S.L. que siendo similares a los actuales, habitualmente ofrecemos en condiciones más ventajosas, por cualquier medio, incluido el correo electrónico o similares, pudiendo cederlos con el mismo objeto a las sociedades del Grupo CTO, auxiliares y participadas, cuya actividad comprende las de tipo académico.

Conforme. El alumno:.....

FIRMA