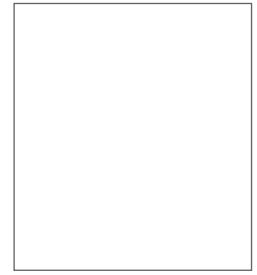


Ficha de matrícula

Máster Título Propio en "Clínica y Profesionalismo Médico" (120 ECTS)



● DATOS DEL ALUMNO

1er Apellido: 2do Apellido:
Nombre: Fecha de nacimiento: DNI/NIF:
Dirección:
Localidad: Provincia:
Nacionalidad: Código postal:
Teléfono: Segundo Tel.:
E-mail:

● DATOS ACADÉMICOS

Año de Inicio de Grado: Año de Fin de Grado:
Universidad: Expediente académico fin de Carrera:

● FORMAS DE PAGO- (por favor, marca la casilla correspondiente) CTO Medicina S.L. ES95 2038 2831 6160 0010 7646 SWIFT: CAHMESMM

- Al contado en un solo pago de: 660 €
 Fraccionado en 5 mensualidades de: 132 € Fraccionado en 3 mensualidades de: 220 €
 Fraccionado en 4 mensualidades de: 165 € Fraccionado en 2 mensualidades de: 330 €

Marque la modalidad deseada para el pago en concepto de curso completo:

- Efectivo Transferencia bancaria Nº.: Domiciliación:

● DOMICILIACIÓN BANCARIA

Datos del alumno:
Apellidos y nombre

Datos del titular de la cuenta:
Apellidos y nombre

IBAN

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

Código SWIFT/BIC:

Firma y NIF del titular
de la cuenta

● NOTA IMPORTANTE – a rellenar por GRUPO CTO

Hemos recibido de D./D^a.:

La cantidad de:
escrito en número escrito en letra

Fecha de Matrícula:

En _____ a _____ de _____ de _____

He leído y acepto la política de **protección de datos**.

Firma del alumno o representante:

Derechos y deberes del alumno

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 MEDICINA, 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, al rellenar el formulario de matriculación, autoriza expresamente a CTO MEDICINA, S.L. el Tratamiento de sus Datos Personales con la finalidad de remitirle comunicaciones comerciales de los productos y servicios por parte de CTO MEDICINA, 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.

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 nº 106, 28002 de Madrid, España.

Conforme. El alumno: _____

Mod. Abril 2014