

Boletín de Inscripción

Por favor, rellene todos los datos y envíe este boletín y copia de la transferencia al Fax: 91 543 75 04

Nombre1^{er} apellido

2º apellidoNIF/NIE.....

Fecha de nacimiento Nacionalidad

¿Cómo ha conocido el curso?.....

Dirección que nos facilita: Empresa Domicilio Particular

Empresa.....

Cargo/especialidad.....

Dirección

C. Postal Localidad

Provincia Tfno.....

E-mail

Datos de facturación

A rellenar en caso de no coincidir los datos del asistente con los datos de facturación.

Empresa.....C.I.F.....

Dirección

C. Postal Localidad

Provincia Tfno.....

E-mail

Forma de pago: Transferencia bancaria a nombre de FUNDADEPS.

C.C.C. 2038 1868 88 6000207264

Cuota: 20€.

Firma:

Los datos facilitados tienen carácter confidencial y se incorporarán a un fichero del que es titular y responsable FUNDADEPS, con CIF G- 83500512, con la finalidad de gestionar la solicitud de inscripción a la que se refiere este curso y el envío de información sobre actividades tanto de la referida Fundación como de FUNDACIÓN MAPFRE, entidad a la que se le ceden los datos como organismo colaborador.

FUNDADEPS asume la responsabilidad de la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable, autorizando el interesado con la firma del presente documento el referido tratamiento y la cesión de sus datos, pudiendo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la referida ley mediante comunicación escrita dirigida a FUNDADEPS, Hospital Clínico San Carlos 4ª - Norte sita en calle Profesor Martín Lagos s/n, 28040- Madrid, indicando en el sobre "LOPD".