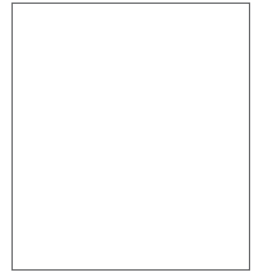


Ficha de matrícula

Máster Título Propio por la Universidad de Alcalá



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 Licenciatura: Año de Fin de Licenciatura:

Universidad: Expediente académico fin de Carrera:

FORMAS DE PAGO- *(por favor, marca la casilla correspondiente)* CTO Medicina S.L. ES14 0049 1496 11 2010212636

Al contado en un solo pago de: 495 € Fraccionado en 3 mensualidades de: 165 € Precio No Alumno: 2.200 €

Fraccionado en 2 mensualidades de: 247,5 € Fraccionado en 4 mensualidades de: 123,75 €

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 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, 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.

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: _____