

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA 3º CURSO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MEDICINA Y PSICOTERAPIA ANTROPOSÓFICA EN BARCELONA. CURSO COMPLETO

DATOS ALUMNO:

Nombre		Apellidos	
NIF		Formación (médico, estudiante) y especialidad	
Dirección		Población	
CP		Provincia	
Tfno. Fijo		Tfno. Móvil	
Fax		e-mail	

DATOS DE FACTURACION: (En el caso que sean los mismos dejar en blanco)

Nombre / Razón Social		Apellidos	
NIF/ CIF			
Dirección		Población	
CP		Provincia	

Coste del curso 2018-2019 completo y forma de pago

Curso completo incluidas tutorías:

- La contribución económica del participante para el tercer año es de 2.655 Euros (IVA incluido), dividida en 9 cuotas de 295 euros, las cuales incluyen las tutorías.
- Forma de pago: Las dos primeras cuotas (590 Euros) se pagan al formalizar la inscripción, mediante ingreso o transferencia bancaria, indicando en la misma su nombre y apellidos, en la Cuenta corriente del "Instituto de formación en Medicinas y Terapias Antroposóficas" **IBAN= ES98 0128 7687 67 0100000986**. Rogamos adjuntar resguardo de ingreso/transferencia, al formulario de inscripción.
- Las 7 cuotas restantes, se abonan por recibo domiciliado, desde el primero de octubre de 2018 hasta abril de 2019.
- No hay gastos de matrícula, aunque no se devolverán las cuotas ya abonadas en caso de incomparecencia o desistimiento del alumno.
- En caso de inscribirse antes del 12 de septiembre de 2018, el alumno percibirá los siguientes descuentos:
 - **Un 7%** en caso de abonar el curso completo en el acto de la inscripción. Coste total del curso con el descuento: 2.469,15 euros.
 - **Un 3%** en caso de inscribirse en la modalidad de pago aplazado, En este caso la totalidad del descuento se aplicará en la última cuota pagada, en el mes de abril, la cual será de 215,35 euros

La organización se reserva el derecho de suspender la formación en caso de fuerza mayor o por insuficiente número de participantes. En este caso se devolverán las cuotas que hayan sido abonadas de forma anticipada deduciendo la parte del curso disfrutado hasta ese momento.

En caso de incomparecencia del alumno o de baja voluntaria, éste no tendrá derecho a reembolso alguno de las cuotas abonadas.

Fecha: _____

Firma:

Nombre: _____

Le rogamos nos haga llegar una copia de este formulario, adjuntando una copia del comprobante de pago de las dos primeras cuotas, al email info@ifma.org.es, o por correo postal a la dirección C/ Manuel Tovar, 1-6ª Izda., E-28034 Madrid, a la mayor brevedad, para poder reservar su plaza. Igualmente, para que le podamos pasar los recibos domiciliados es necesario que nos envíe firmada la orden de domiciliación SEPA que se adjunta.

A los efectos de lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, y de serle aplicable, Instituto para la Formación en Medicina y Terapias Antroposóficas le informa de la existencia de un fichero de datos de carácter personal creado y bajo la responsabilidad de Instituto para la Formación en Medicina y Terapias Antroposóficas, con la finalidad de realizar el mantenimiento y la gestión de la relación con el USUARIO, así como de las labores de información, formación y comercialización sus productos y de actividades relacionadas con los mismos. De igual modo, le informa sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos personales solicitados en el presente formulario. Instituto para la Formación en Medicina y Terapias Antroposóficas se compromete al cumplimiento de su obligación de secreto de los datos de carácter personal y de su deber de guardarlos, y adoptará las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta en todo momento del estado de la tecnología. El USUARIO consiente el tratamiento de los datos personales para labores de información y formación del Instituto para la Formación en Medicina y Terapias Antroposófica.

Privacidad en IFMA.org.es
Manuel Tovar 1-6ª Izda., 28034
Madrid, España
