



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA 2º CURSO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN
MEDICINA ANTROPOSÓFICA EN BARCELONA**

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

Coste del curso 2010-2011 completo incluidas tutorías (7 fines de semana): 8 cuotas de 212,5 euros IVA Incluido = 1.700 Euros.

Forma de pago: Las tres primeras cuotas (637,50 Euros) se pagan en la inscripción, por transferencia o ingreso en la Cta. del "Instituto de formación en Medicinas y Terapias Antroposóficas" ccc 0128/0086/71/0100006615.

El resto de las 5 cuotas se abonan por recibo domiciliado, desde el primero de Octubre de 2010 hasta Febrero de 2011.

El participante percibirá en el último recibo, un descuento por valor de un 5% del curso, en caso de inscribirse antes del 8 de Septiembre de 2010.

Coste del curso 2010-2011 completo no incluidas tutorías (7 fines de semana): 8 cuotas de 177,50 euros IVA Incluido = 1.420 Euros.

Forma de pago: Las tres primeras cuotas (532,50 Euros) se pagan en la inscripción, por transferencia o ingreso en la Cta. del "Instituto de formación en Medicinas y Terapias Antroposóficas" ccc 0128/0086/71/0100006615.

El resto de las 5 cuotas se abonan por recibo domiciliado, desde el primero de Octubre de 2010 hasta Febrero de 2011.

El participante percibirá en el último recibo, un descuento por valor de un 5% del curso, en caso de inscribirse antes del 8 de Septiembre de 2010.

Autorizo a que se me carguen estos recibos a mi cuenta nº:

ccc/...../...../.....

Le rogamos nos haga llegar una copia de este formulario, adjuntando una copia del comprobante de pago, por fax al nº: 91.358.12.47, al email info@ifma.org.es, o por correo postal a la dirección C/ Manuel Tovar, 1-4ª Izda., E-28034 Madrid, a la mayor brevedad, para poder reservar su plaza.

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

Nombre

Firma

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 Antroposóficas.

