



## DOMICILIACIÓN BANCARIA

**APELLIDOS Y NOMBRE DEL ALUMNO:**

**DNI:**

**Nº DE CUENTA:**

**APELLIDOS Y NOMBRE DEL PAGADOR:**

**DIRECCIÓN DEL PAGADOR:**

**POBLACIÓN:**

**CODIGO POSTAL:**

**IMPORTE:**

**CURSO: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.**

A los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales proporcionados se incorporarán (o actualizarán) a los ficheros de Empresa, con dirección en Dirección. La finalidad del tratamiento de los datos será la de realizar los servicios contratados de (La prestación del CFGM "Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería). Los datos personales solicitados en este documento son de carácter obligatorio, por lo que su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en los ficheros antes descritos y de cumplir con la finalidad definida en el párrafo anterior. Ud. Tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos previstos en la Ley, que podrá ejercitar mediante escrito dirigido al responsable de los mismos en la dirección anteriormente indicada.

**NOTA:**

- PUEDES TRAER IMPRESA Y CUMPLIMENTADA ESTA PREINSCRIPCIÓN PARA HACER MÁS RÁPIDA LA RESERVA
- SE ABONARÁN EN EFECTIVO 150 € EN CONCEPTO DE RESERVA DE PLAZA