

Cursos MIR 2015

Autorización cargo tarjeta

Por la presente les autorizo a cargar en mi tarjeta de crédito el importe total correspondiente a los conceptos descritos en este mismo documento

Nombre Titular	
Dirección	
NIF/Pasaporte	
Tipo de Tarjeta (Visa, MC, AMEX)	
Nº de Tarjeta de Crédito	
Fecha de Caducidad	
Importe	
Concepto	

Adjuntar: Fotocopia de la tarjeta de crédito y fotocopia del Documento Oficial (NIF o Pasaporte). Es imprescindible la firma del titular.

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 MEDICINA, S.L.

Firma

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 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 106, 28002 de Madrid, España.

El alumno, al rellenar el formulario de matriculación, autoriza expresamente a CTO MEDICINA, S.L el tratamiento de sus Datos Personales con la finalidad de remitirle comunicaciones comerciales de los productos y servicios por parte de CTO MEDICINA, 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.

Conforme. El alumno: _____

Firma