

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

XIII EDICIÓN: CURSO DE CIRUGÍA EN DIRECTO DE OÍDO MEDIO

INSTITUTO DE ORL Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO DE MADRID

24 – 25 de abril de 2020

DATOS DEL CURSILLISTA: (A RELLENAR POR EL CURSILLISTA)

NOMBRE:

APELLIDOS:

CENTRO DE TRABAJO:

CALLE, Nº Y PISO:

POBLACIÓN/PROVINCIA:

C.P.:

TELÉFONO(S):

E-MAIL:

DATOS PARA FACTURACIÓN: (DOMICILIO FISCAL)

CENTRO:

PERSONA DE CONTACTO:

CALLE, Nº Y PISO:

POBLACIÓN/PROVINCIA:

C.P.:

TELÉFONO(S):

E-MAIL:

NIF/CIF:

COMENTARIOS:

Con su inscripción, autoriza expresamente que le enviemos información de futuros cursos que puedan ser de su interés al correo electrónico que nos ha facilitado. En caso contrario, marque la casilla:

☐ *NO deseo recibir información de futuros cursos.*

Enviar a la atención de: Susana Merayo Fernández / Telf. 91.519.45.01/02 (marcar opción 2) / Fax: 91.519.50.85 / E-mail: smerayo@institutoorl-iom.com

Pagos: Titular: Instituto de ORL y CCC de Madrid S.L.P. / CIF: B85915858

Nº Cuenta: 0049 6038 11 2016078190 / Concepto: Nombre y apellidos del cursillista

Se considerará la inscripción en firme al recibir copia de la transferencia del pago junto con el formulario de inscripción debidamente cumplimentado. La fecha límite para abonar el total de la inscripción es de 3 días antes de la fecha de inicio de cada curso.

Información en materia de Protección de Datos de Carácter Personal: Instituto de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de Madrid, S.L.P.; NIF: B85915858; Dirección: C/ Arturo Soria 119 - 28043 Madrid; Teléfono: 915194501, como responsable del tratamiento, le informa de que sus datos de carácter personal serán tratados con la finalidad de formalizar su inscripción y gestionar su participación en nuestras actividades formativas, así como emisión de los correspondientes justificantes de inscripción, asistencia o expedición de diplomas acreditativos. Los datos se conservarán mientras se mantenga la relación entre las partes y no se solicite su supresión y, en todo caso, durante los plazos legales de aplicación. El tratamiento de los datos está basado en el consentimiento del interesado al inscribirse voluntariamente en la formación. En caso de que no facilite los datos requeridos no podrá participar en la citada formación. Sus datos serán comunicados a HM Hospitales a efectos de control de asistencia y expedición del Diploma que acredite la realización del Curso. La inscripción al curso presencial supone la comunicación de sus datos de nombre y apellidos y firma al resto de los participantes en el curso mediante el listado de control de asistencia. Los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u oposición dirigiéndose por escrito a C/ Arturo Soria, 119 – 28043 Madrid. Asimismo, podrá en cualquier momento, retirar el consentimiento prestado dirigiéndose a la dirección arriba indicada, así como reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos www.aepd.es).