

HOJA DE INSCRIPCIÓN

DATOS DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE:

APELLIDOS:

DNI:

Nº COLEGIADO:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

EMAIL:

FIRMA:

FECHA:

- 20 y 21 de septiembre de 2024

HORARIO:

- VIERNES: DE 16:00H A 19:30H
- SÁBADOS: DE 09:30H A 14:00

LUGAR DE CELEBRACIÓN:

- SEDE COLEGIO MÉDICOS EXTREMADURA. Avda. Virgen de Guadalupe 20. 10001 Cáceres

Coste del curso:

☐

Colegiados: 80€

☐

Estudiantes: 34€

☐

Desempleados: GRATIS

Banco Santander: ES74 0030 5033 1900 0119 5271

Reemitir esta hoja de inscripción cumplimentada y el comprobante de pago a:
colegio@dentistasextremadura.es

MÁXIMO 20 PARTICIPANTES POR ORDEN DE INSCRIPCIÓN

Responsable: COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE EXTREMADURA

Finalidad: Cumplimientos de los fines propios del Colegio.

Legitimación: misión de interés público o interés legítimo del responsable

Destinatarios: los datos pueden ser cedidos a entidades colaboradoras en el curso, para el cumplimiento de los fines legítimos relacionados con las funciones del cedente y del cesionario.

Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional:

Información adicional: puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.dentistasextremadura.es