



INSCRIPCIÓN

Para inscribirse es imprescindible remitir este documento a la Atención del Departamento de Admisión, junto con el resguardo de haber abonado el importe en concepto de Matrícula junto con la siguiente documentación: Fotocopia de titulación académica y fotocopia del DNI.

Se puede remitir por Email: matriculas@institutoeuropeo.es

Programa: _____

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombre: _____

N.I.F: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer

Domicilio: _____ Localidad: _____ CP: _____

E-mail _____ Teléfono _____

DATOS DE EMPRESA

Empresa: _____ C.I.F: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

C.P: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Cargo: _____ E- mail: _____

Modalidad: On-Line Datos de Facturación: Empresa Particular

FORMA DE PAGO: Concepto de Matrícula por Transferencia bancaria a la c/c ES65 2100-5731-770200069665 La Caixa

Fecha: _____ Firma: _____

INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS

FUNDACIÓN INSTITUTO EUROPEO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL, S.L, con C.I.F: G81619983 y domicilio social en Calle Joaquín Costa, 16 – 28002 Madrid, conforme al REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, resto de normativa actualmente vigente le informa que es responsable del Tratamiento de datos de carácter personal, con la finalidad de la administración de servicios que presta nuestra empresa que incluye o puede incluir el envío de documentación. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, mediante el e-mail (gestion@institutoeuropeo.es).



OBLIGATORIO PARA CUMPLIMENTAR MATRICULA

1. Cumplimentar forma de pago 2. Rellenar la fecha 3. Firmar 4. Enviar al Instituto Europeo

D./D^a. _____ como alumno/a del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social se compromete a:

Primero. Me comprometo al abono de _____€ en concepto de matrícula, y a _____ plazos de _____€ mensuales entre los días 1 y 5 de cada mes, hasta completar la cantidad de en concepto de pago del curso de _____€.

Domiciliación Bancaria:

Nombre Entidad Bancaria:

Entidad	Sucursal	DC	Nº de Cuenta

Titular de la cuenta:

D./Dña _____ DNI _____

Dirección _____ Población _____ CP _____

Segundo. Al cumplimiento de las normas del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.

Tercero. Es imprescindible haber abonado la totalidad del curso para poder presentarse a examen y para la obtención del diploma.

Cuarto. El alumno podrá realizar el curso en un tiempo mínimo de 8 meses y máximo de 12 meses. El inicio del curso se formalizará, desde el momento que el Instituto Europeo envíe las claves para entrar en la plataforma, para la modalidad on-line. La Dirección del Instituto Europeo de Salud y Bienestar se compromete: Primero. A mantener en concepto de depósito durante un año la cantidad que haya sido abonada, en caso de que el alumno abajo firmante cause baja en el programa que viniera cursando. La cantidad depositada en ningún caso se procederá a la devolución del importe abonado, pero podrá ser destinada: Al pago de parte de otro programa de los que se imparten en el Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social siempre que sea cursado por el alumno firmante. La baja deberá ser expresa y presentarse por escrito ante la Secretaría del Centro. Bajo ningún concepto se realizará la devolución de la cantidad entregada hasta la fecha de baja. Segundo. La Fundación Instituto Europeo de Salud y Bienestar social se compromete a entregar el Diploma de Máster concedido, una vez superados las pruebas de evaluación y/o los casos prácticos y el examen final, en el plazo máximo de dos años, desde la fecha de matriculación. Y para que así conste, firman en _____ a ____ de _____ de DNI _____

El alumno/a

Secretaria General