

FORMULARIO DE MATRÍCULA

ESPECIALIZACIÓN EN COOPERACIÓN FARMACÉUTICA VI EDICIÓN

en el marco de Proyecto Boticarios

23 OCTUBRE 2017 - 30 JUNIO 2018

INSTRUCCIONES DE MATRÍCULA

Para formalizar la reserva o matrícula, deberá enviar este formulario, escaneado y CUMPLIMENTADO EN SU TOTALIDAD y la documentación relacionada que le indicamos a continuación al e-mail: formacion@farmaceuticossinfronteras.org.

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos			
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Nacionalidad			
Núm. DNI / doc. Identificación		Caducidad DNI	
Número de pasaporte		Caducidad pass	
Domicilio (Calle, número, portal, escalera, localidad, código postal, provincia, comunidad, país):			

Teléfono 1		Teléfono 2	
E-Mail preferente		2º Email	

Formación oficial y complementaria previa y ocupación actual

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA QUE DEBE APORTAR

Marcar con X lo que se aporta

Título u orden sustitutoria acreditativa de licenciatura o grado

Copia del recibo de matrícula del curso vigente (sólo para estudiantes de último curso)

Copia de DNI vigente

Copia de pasaporte vigente

CV actualizado

Recibo generado del abono de matrícula /reserva

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal, que regula el derecho de información de la recogida de datos, Ud. consiente la inclusión de sus datos de carácter personal en un fichero, del que es propietario FARMACÉUTICOS SIN FRONTERAS DE ESPAÑA, cuya finalidad es gestionar la agenda de contactos de nuestra organización, y poder contactar con Ud. para brindarle la información solicitada mediante el envío de comunicaciones de tipo profesional vía electrónica o postal. FARMACÉUTICOS SIN FRONTERAS DE ESPAÑA le informa del derecho de acceso, cancelación, rectificación y oposición a los datos vertidos a en este formulario dirigiéndose a FARMACÉUTICOS SIN FRONTERAS DE ESPAÑA, Carrera de San Jerónimo nº 16, 4ºD, 28014 Madrid, teléfono 915213221 y fax 915212307.