

## DOMICILIACIÓN BANCARIA

( Pago Fraccionado)

### DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

APELLIDOS y NOMBRE (\*):

DNI/NIE (\*):

TELÉFONO(\*):

MÓVIL(\*):

E-MAIL(\*):

### DOMICILIACIÓN BANCARIA

Ruego atiendan los recibos que presentará COFUNSALUD, empresa gestora de FICSSALUD, correspondientes a las mensualidades del EXPERTO UNIVERSITARIO \_\_\_\_\_, con cargo a mi cuenta (\*).

TITULAR DE LA CUENTA (\*):

BANCO O CAJA(\*):

Código IBAN(\*)

BANCO(\*)

OFICINA(\*)

DC(\*)

Nº CUENTA(\*)

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Importe total del curso 1.500 €**

CONDICIONES DE PAGO:

OPCIÓN A:

1. **Reserva de matrícula 350 €**, importe que paga el alumno para su admisión.  
Forma de pago mediante tarjeta, efectivo en la secretaria o mediante transferencia bancaria en cta. del BBVA [ES13 0182 2370 410011744674]
2. **Importe domiciliado: 1.150 €**, mediante domiciliación bancaria, 30 días antes del inicio del curso.

OPCIÓN B:

1. **Reserva de matrícula 350 €**, importe que paga el alumno para su admisión.  
Forma de pago mediante tarjeta, efectivo en la secretaria o mediante transferencia bancaria en cta. del BBVA [ES13 0182 2370 410011744674]
2. **Importe domiciliado: 550 €**, mediante domiciliación bancaria, 30 días antes del inicio del curso.
3. **Importe domiciliado: 620 €**, mediante domiciliación bancaria, 90 días desde el inicio del curso.

La devolución del recibo domiciliado dará derecho al Centro a dar de baja al alumno hasta el total restablecimiento del importe adeudado además de 4,00€ por recibo devuelto, como coste de devolución de domiciliaciones.

Madrid, de de 2018

Fdo. Titular de la Cuenta:

DNI:

## CONDICIONES GENERALES DE LA INSCRIPCIÓN

---

El /la alumno/a garantiza y se hace responsable de la veracidad y autenticidad de los datos reflejados en este formulario, así como de las consecuencias derivadas del incumplimiento de esta obligación. Igualmente, manifiesta su compromiso de realizar por sí mismo –y no por terceras persona- los exámenes y evaluaciones que formen parte de los cursos impartidos a distancia.

La impartición de este curso está sujeta al número final de alumnos inscritos en el mismo, siendo potestad de la Escuela la decisión sobre dicha impartición, sin que, como consecuencia de tal decisión, dicha Escuela deba hacer frente a gastos ni indemnizaciones de ningún tipo por la no impartición del curso. Una vez comenzado el curso, no se devolverá el importe de la matrícula. En ningún caso se devolverá los 350 € abonados en concepto de reserva de plaza, salvo para el supuesto de que, por decisión de la propia Escuela, no se proceda finalmente a la formación de grupos.

## POLITICA DE PRIVACIDAD

---

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y el resto de la legislación vigente en materia de protección de datos personales aplicable en España, ponemos en su conocimiento que los datos personales facilitados al cumplimentar y enviar los formularios publicados en el sitio web “www.escuelacienciassalud.com” serán incorporados a los ficheros de la Escuela Internacional de Ciencias de la Salud (EICS), perteneciente a la FUNDACIÓN IBEROAMERICA DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD (N.I.F. G-81103061), e integrados en su registro de actividades de tratamiento.

Delegado de Protección de Datos (DPD): [dpd@escuelacienciassalud.com](mailto:dpd@escuelacienciassalud.com)

Dichos datos personales serán tratados con base jurídica en las distintas letras del artículo 6.1 del Reglamento (UE) 2016/679, atendiendo a las finalidades específicas de cada formulario:

- Gestión de solicitudes de información del usuario (Art. 6.1 a) RGPD).
- Identificación y autenticación de usuarios en el área restringida (Art. 6.1 a) GDPR).
- Gestión de solicitudes de matrícula en los diversos cursos ofertados por EICS (Art. 6.1 b) y c) RGPD).
- Envío a clientes de información comercial relacionada con productos y/o servicios similares a los previamente contratados a través de Escuela Internacional de Ciencias de la salud perteneciente a FUNDACIÓN IBEROAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD (Art. 6.1 f) RGPD).
- Envío de información comercial no relacionada con productos y/o servicios previamente contratados (Art. 6.1 a) RGPD).

El tratamiento de los datos personales facilitados se llevará a cabo adoptando las medidas técnicas y organizativas necesarias para evitar la pérdida, uso indebido, alteración y acceso no autorizado a los mismos, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos y el análisis de riesgos efectuado.

La falta de cumplimentación de los campos señalados con asterisco de los formularios supondrá la imposibilidad de atender la ficha de matriculación correspondiente. Para revocar este consentimiento, así como para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad, podrá dirigirse mediante petición escrita al siguiente domicilio postal: calle Fuente del Rey, número 2 (Madrid); o bien enviar un e-mail a: [protecciondatos@escuelacienciassalud.com](mailto:protecciondatos@escuelacienciassalud.com)

La petición deberá incluir: nombre y apellidos del interesado; copia de su Documento Nacional de Identidad, pasaporte u otro documento identificativo válido del interesado y, en su caso, de su representante, así como título acreditativo de la representación; domicilio a efectos de notificaciones y especificación del objeto de la petición.

En caso de que el interesado considere que los anteriores derechos no han sido atendidos conforme a la legalidad vigente, podrá presentar la correspondiente reclamación de tutela de derechos ante la Agencia Española de Protección de Datos.

- Autorizo expresamente que mis datos personales puedan ser utilizados para el envío de comunicaciones comerciales relativos a mi desarrollo y formación profesional y social, y crecimiento académico suministrados o prestados por la Escuela Internacional de Ciencias de la salud y resto de secciones pertenecientes a la FUNDACIÓN IBEROAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD (Art. 6.1.a) RGPD).

- (\*) **He leído y acepto las condiciones generales de matrícula y la política de privacidad.**

(\*) *campo obligatorio*

Madrid, de de 2018

Fdo. El alumno/el tutor/el representante legal.