



VII JORNADAS TÉCNICAS DE PRÓTESIS DENTAL DE MADRID

1 y 2 de marzo de 2019

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

Apellidos..... Nombre.....
Domicilio.....
Código postal..... Localidad..... Provincia.....
Teléfono..... Móvil..... Fax.....
Correo electrónico.....

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

Colegiados* Madrid	75 Euros
Colegiados * (Otros Colegios)	75 Euros
Estudiantes **	75 Euros
Odontólogos * Colegio de la I Región	75 Euros
Otros profesionales	200 Euros

Almuerzo libre

* Nº de colegiado.....

** Adjuntar junto a este formulario carnet de estudiante.

DATOS PARA FACTURACIÓN

Nombre..... NIF / CIF.....
Domicilio.....
Código Postal Localidad / Provincia

FORMA DE PAGO

Cheque bancario, ingreso o transferencia a la cuenta del Ilustre Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Madrid ES94 0049 5109 41 2616002044 (Banco Santander), por favor indique en el concepto: INCRIPCION VII JORNADAS, apellidos y nombre del asistente.

ENVÍO

Envíe este formulario relleno junto con el resguardo de transferencia o ingreso escaneado por mail a info@colprodecam.org o por correo postal a Ilustre Colegio de Protésicos Dentales de Madrid. Calle Doctor Esquerdo, 166 - 1º E. 28007 Madrid.

NOTA: De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos Personales de Carácter Personal se informa al interesado, el cual acepta, la incorporación de sus datos personales a los ficheros automatizados y manuales existentes en el Colegio Profesional de Protésicos Dentales de la Comunidad de Madrid, que se conservaran en los mismos con carácter confidencial. Los datos registrados en esa base de datos solo serán utilizados para la finalidad para la que se han recogido.
El responsable del fichero es el Ilustre Colegio Profesional de Protésicos Dentales de la Comunidad de Madrid, pudiendo el interesado ejercitar sus derechos de información, rectificación y cancelación ante dicha Corporación en el domicilio sito en la calle Doctor Esquerdo, 166 - 1º E. 28007 Madrid.