

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN:
**"Rehabilitación protésica del sector anterior sobre
dientes e implantes"**

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

DIRECCION COMPLETA

TELÉFONO:

Nº COLEGIADO

FORMA DE PAGO MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA:

IBAN: ES50 2108 2248 1200 3240 9420

Concepto nombre y apellidos del cursillista + curso 10/10/2018

Si desea recibo complete los siguientes campos:

NOMBRE:

CIF:

DIRECCION COMPLETA:

Firma,

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal le informamos que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de un fichero titularidad de Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca, cuyas finalidades exclusivas son las derivadas de la actividad colegial, en concreto las actividades formativas organizadas por este organismo así como la gestión de tipo administrativa necesaria para dichos servicios. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada Ley Orgánica 15/1999, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido al Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca, Calle Joaquín Costa Nº 8 bajo, 37007, Salamanca o bien a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada."