

Master BOSTON

en Optometría clínica y
Hospitalaria



CENTRO BOSTON
DE OPTOMETRÍA

HOJA DE INSCRIPCIÓN

Curso 2017-2018

Datos personales:

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____ C.P.: _____

Ciudad y provincia: _____ NIF: _____

Tel.: _____ F. Nac.: _____ @: _____

Programa en que se matricula:

PROGRAMA PRESENCIAL

Precio: 9.800 €

Plazos de pago:

- 1er plazo: al matricularse (3.200 €)
- 2º plazo: antes del 1 de diciembre de 2017 (3.300 €)
- 3er plazo: antes del 1 de marzo de 2018 (3.300 €)

PROGRAMA SEMI-PRESENCIAL

Precio: 5.600 €

Plazos de pago:

- 1er plazo: al matricularse (2.200 €)
- 2º plazo: antes del 1 de diciembre de 2017 (1.700 €)
- 3er plazo: antes del 1 de marzo de 2018 (1.700 €)

CONDICIONES DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS.

- *Transcurrida la fecha del 15 de agosto de 2017, no se devolverá el primer plazo de matrícula salvo decisión del Centro Boston de Optometría de anular el programa. En este caso, se devolverán tanto la reserva de plaza como los pagos efectuados hasta el momento en concepto de matrícula.*

Firma:

_____, a ____ de _____ de 2017

HOJA DE INSCRIPCIÓN

Formas de pago:

- Transferencia bancaria a nombre de Centro Boston de Optometría - Continuing Education, al número de cuenta del Banco Sabadell ES76 0081 7306 66 0001166621, siendo imprescindible indicar nombre y apellidos del alumno y enviar después por correo postal o electrónico (contacto@centroboston.com), el justificante de pago.

- Talón nominativo a nombre de Centro Boston de Optometría - Continuing Education.

La MATRÍCULA quedará formalizada al presentar la siguiente documentación en el Centro Boston de Optometría (la entrega puedes realizarla por correo postal o electrónico, o personalmente en nuestro centro de la C/ Fernando el Santo, 21):

- DNI , Permiso de Residencia o Pasaporte.
- Resguardo del ingreso efectuado en el banco en concepto de matrícula.
- Título de Diplomatura/Grado en Óptica y Optometría (si aún no tienes el título, puedes enviarnos el resguardo de su solicitud).
- Currículum Vitae.
- 3 fotografías tamaño carnet (*no válidas fotocopias ni fotografías con fondo oscuro. Si vas a enviar la documentación escaneada, nos vale con una única fotografía en color*)

Historial académico:

Título previo: ___ Diplomatura ___ Grado

Escuela: _____ Año de inicio y fin: _____/_____

Otros estudios universitarios: _____

Años de Experiencia Profesional en el sector: _____

Inglés

NIVEL: Traducción _____ Comprensión oral _____ Conversación _____

Muy bajo (MB); Bajo (B); Medio (M); Alto (A); Muy alto (MA)

Otros idiomas: _____

Autorizo al Centro Boston de Optometría-Continuing Education, a registrar los datos de carácter temporal detallados en este impreso, en un fichero automatizado, así como a utilizarlos con fines comerciales siempre a través de la citada sociedad, bien mediante comunicaciones escritas, telefónicas, electrónicas o cualquier otro medio o método que pudiera considerarse oportuno. Por la Ley Orgánica 15/1.999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted, podrá acceder, rectificar y cancelar sus datos poniéndose en contacto con Centro Boston de Optometría-Continuing Education, en la C/ Fernando el Santo, 21 – 28010 MADRID – Tel 91 319 29 59 – contacto@centroboston.com

Firma:

_____, a ____ de _____ de 2017