ZOOM hélicon
ESCUELA DE FOTOGRAFÍA

INSCRIPCIÓN CURSO FOTOGRAFÍA

DATOS DEL ALUMNO/A

Nombre: ____________________

Apellidos: ____________________

DNI: ____________________ Fecha de nacimiento _ _ / _ _ / _ _ _ _

Dirección: ____________________

Población: ____________ Provincia: ____________ C.P.: ____________

Móvil: ____________________ Teléfono: ____________________

Correo electrónico: ____________________

Titular de la cuenta: ____________________

Nº de cuenta (IBAN) [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

INSCRIPCIÓN CURSO DE FOTOGRAFÍA

☐ Soy alumno/ nuevo ☐ Ya soy alumno de ZOOM- Hélicon

Día: ____________ Hora: ____________

Lugar: Colegio Hélicon C/ María Curie 19, Valdemoro, Madrid.

Firmado: ____________________ En Valdemoro, a _____ de ___________ 20 _ _

A efectos de lo dispuesto en ley 15/99, de Protección de datos de carácter personal, para informarle de que sus datos están incluidos en un fichero de titularidad de esta entidad con la finalidad de gestionar la relación del alumno con el Colegio. De conformidad con lo establecido en la ley, HELICON SDAD. COOP. MADRILEÑA se compromete al cumplimiento de su obligación de secreto de los datos de carácter personal y deber de guardarlos, y adoptará las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta en todo momento del estado de la tecnología. Asimismo, establecerá los contratos y compromisos de confidencialidad con aquellos terceros que en función de una relación jurídica, accedan o se les cedan esos datos personales. La no cumplimentación de los datos de carácter personal y otra información requerida a lo largo de la relación educativa podrá tener como consecuencia la extinción de dicha relación. Asimismo, se autoriza, al margen de la relación contractual, el tratamiento de sus datos personales para el envío de circulares y notificaciones por cualquier medio (correspondencia, teléfono, fax, mailing o cualquier otro medio telemático) propio o de terceros ALUMNOS, así como comunicar sus datos a entidades relacionadas o colaboradoras, para los fines indicados. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados con los fines señalados, puede ejercitar el derecho de oposición, junto con el de acceso, rectificación y cancelación mediante comunicación dirigida a CALLE MARIA CURIE 19 - 28342, VALDEMORO (MADRID).
Conforme a lo establecido en la Ley 16/2009 Servicios de pago, al facilitar sus datos bancarios autoriza a realizar el abono de los recibos a través de domiciliación bancaria.

✂- -

INSCRIPCIÓN CURSO DE FOTOGRAFÍA

Nombre y apellidos del alumno/a: ____________________

☐ Soy nuevo/a alumno/a ☐ Ya soy alumno/a de ZOOM- Hélicon

Día: ____________ Hora: ____________

Firmado: ____________________ En Valdemoro, a _____ de ___________ 20 _ _