**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

**CURSO DE TAPING Y TERAPIA NEUROFASCIAL PARA LOGOPEDAS ( TORRELAVEGA)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | | Apellidos: | | | | |
| Domicilio: | | | | | | C.P.: |
| Población: | | | | Provincia/País: | | |
| Tel.: | E-mail: | | | | | |
| Fecha Nacimiento(DD/MM/AA): | | | N.I.F.: | | Sexo: H M | |
| Profesión: Lugar de trabajo: | | | | | | |
| Nivel de Estudios/Titulación: | | | | | | |
| Colegio profesional / Número de colegiado: | | | | | | |

**Modo de pago**:

Transferencia: Al hacer el ingreso indique su nombre y el curso en el que desea matricularse y envíenos el justificante de pago.

**IBAN:**  ES25 0081 5500 2100 0159 5567

**Entidad: BANCO SABADELL**

**Periodo anticipado:**

* Matrícula ordinaria, 220 eros
* Matrícula para grupos (3 personas), 200 euros
* Matrícula para colegiados, 200 euros

**Periodo ordinario:**

* Matrícula ordinaria, 250 eros
* Matrícula para grupos (3 personas), 220 euros
* Matrícula para colegiados, 220 euros

*Para la reserva se deberá efectuar un ingreso de 50 € en la cuenta bancaria indicada y se enviará vía correo electrónico (clinica.lauracloux@gmail.com) el justificante de pago junto a esta ficha de inscripción. El curso deberá ser abonado en su integridad antes de la celebración de este.*

*Nota: Nos reservamos el derecho de cancelación del curso en caso de no llegar a un mínimo de inscritos, en cuyo caso se devolverá la totalidad del pago realizado*

clinica.lauracloux@gmail.com