Solicitud de Inscripción

Programa Abierto de Especialización

IMPORTE DEL PROGRAMA
1.950,00 €

Sede en la que desea realizar el Programa: Madrid ☐ Barcelona ☐

Puede formalizar la inscripción en este Programa Abierto de Especialización enviando esta Solicitud de Inscripción cumplimentada al número de Fax: (+34) 912 977 837.

Si lo prefiere puede ponerse en contacto con Mª Carmen Sánchez Girón en el teléfono (+34) 915 938 308 o a través del email mcs@cesif.es.

Programa Abierto de Especialización en el que solicita la inscripción:

PROJECT MANAGEMENT EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

DATOS PARTICIPANTE

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____ CP _____

Población _____ Provincia _____

Teléfonos _____ e-mail _____

Empresa _____

Cargo _____

DATOS FACTURACIÓN

Empresa _____ CIF _____

Dirección _____ CP _____

Población _____ Provincia _____

Persona de Contacto _____

Cargo _____

Teléfonos _____ e-mail _____

ANTIGUOS ALUMNOS

En caso de ser Antiguo Alumno de CESIF, por favor indícanos programa cursado, promoción y sede para optar a las condiciones especiales.

Programa _____

Promoción _____ Sede _____

En cumplimiento de la LOPD (15/1999), CESIF Consultoría S.A. le informa de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero titularidad de la Empresa. La finalidad del presente fichero es poder realizar una gestión eficaz de su Solicitud de Inscripción en los Programas Abiertos de Especialización. Los interesados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Responsable del Fichero en la siguiente dirección: General Álvarez de Castro, 41 - 28010 Madrid o mediante el envío de un email a la dirección lopd@cesif.es.