

Fecha:

RESERVA DE PLAZA
PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Nombre:

Apellidos:

Teléfono:

E-mail:

DNI/NIE

Dirección:

Localidad:

Provincia:

Alumnos: 150€

Ex-Alumnos: 130€

En Efectivo (*en la secretaría del centro*)

Domiciliado (*indique su IBAN*)

Transferencia Bancaria (Ref. "Reserva Curso Protección Radiológica") ES32-0081-5714-53-0002005608

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS (LOPDGDD)

Autorizo a ROZONA Centro de Formación S.L, con CIF B-74031808, al tratamiento de mis datos personales (incluyendo su incorporación en el correspondiente Registro de Actividades de Tratamiento "RAT") incorporados en la presente solicitud.

Quiero recibir un email mensual con todas las noticias, ofertas y promociones de ROZONA Centro de Formación, S.L.

Te informamos que los datos de carácter personal que nos proporcionas rellenando la presente solicitud de reserva serán tratados por ROZONA Centro de Formación S.L como responsable del mismo.

La finalidad de la recogida y tratamiento de los datos personales que te solicitamos es la tramitación de la reserva de plaza en nuestro centro para el Curso.

Podrás ejercer tus derechos de acceso, rectificación, limitación y suprimir los datos en recepcion@rozonaformacion.es indicando en la comunicación LOPDGDD.