

## Boletín de Inscripción

Por favor, rellene todos los datos y envíe este boletín de inscripción al fax:  
91 581 85 35 - 91 581 60 70. Inscripción gratuita. Aforo limitado.

Nombre:..... Apellido(1):.....

Apellido(2):..... NIF/NIE:.....

¿Cómo ha conocido el curso? .....

Dirección que nos facilita:     Empresa         Domicilio Particular

Hospital, Universidad, Empresa: .....

Cargo/Especialidad:.....

Dirección: .....

C. Postal:..... Localidad: .....

Provincia:..... Tfno.: .....

E-mail: .....

Fecha y firma:

Los datos facilitados tienen carácter confidencial y se incorporarán a un fichero del que es titular y responsable FUNDACION MAPFRE, con CIF G-28520443, con la finalidad de gestionar la solicitud de inscripción a la que se refiere este curso y el envío de información sobre las actividades de la referida Fundación, pudiendo ser cedidos los mismos a colaboradores externos para la gestión de la referida actividad formativa.

FUNDACIÓN MAPFRE asume la responsabilidad de la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable, autorizando el interesado con la firma del presente documento el referido tratamiento de sus datos, pudiendo ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación previstos en la referida ley mediante comunicación escrita dirigida a FUNDACION MAPFRE, Paseo Recoletos, 23, Madrid, España, indicando en el sobre "LOPD".