



**Curso preparación OPE de Medicina de Familia  
Hoja de inscripción**

**NOMBRE Y APELLIDOS**

**DNI:**

**Teléfono**

**Correo electrónico:**

**Dirección Postal:**

**Número Colegiado:**

**SOLICITO:** la inscripción en el Curso de preparación de la OPE de Medicina Familia, que organiza el Colegio Oficial de Médicos de Almería en colaboración de la empresa CTO Medicina S.L., **siendo el precio del curso de 1.850 €** al que se le aplica el **descuento del 30 %** por ser miembro de este Colegio.

**FORMA DE PAGO:**

- Mediante transferencia a la cta. ES12 3058 0000 4727 2003 0219 importe curso 1.295 €
- Mediante transferencia a la cta. ES12 3058 0000 4727 2003 0219 y 5 mensualidades de 180 € Matrícula: 395 €  
Mensualidad: 180 €

Fdo.: \_\_\_\_\_

**ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA - SEPA Direct Debit Mandate**

*Identificador del acreedor:* Q0466002C

*Nombre del Acreedor:* Illtre. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALMERIA

*Dirección:* C/GERONA, 11 (04001 - ALMERIA - ALMERIA - ESPAÑA)

Mediante la firma de esta orden de domiciliación el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deducor para adedudar en su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor esta legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Nombre deudor: \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Código Postal - Población -Provincia - País \_\_\_\_\_

Numero de cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de pago:  Pago recurrente O  Pago único

Fecha - Localidad \_\_\_\_\_

Firma del deudor: \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos proporciona serán tratados por **ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE ALMERIA** con la finalidad de asegurar la correcta gestión de los servicios y/o productos solicitados y las tareas administrativas derivadas de la misma.

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación y/o prestación de servicios, no se solicite su supresión por el interesado o durante el plazo que fije la normativa aplicable en la materia. La legitimación para el tratamiento de datos se basa en la relación comercial existente entre las partes y/o la prestación de los servicios solicitados. Los destinatarios de los datos serán CTO MEDICINA S.L. y entidades bancarias.

El interesado puede ejercer los derechos de acceso a sus datos personales, rectificación, supresión (derecho al olvido), limitación de tratamiento, oposición, portabilidad, derecho a no ser objeto de decisiones individualizadas, así como la revocación del consentimiento prestado. Para ello podrá dirigir un escrito a **C/ Gerona, Nº 11 - 04001 Almería (Almería)** o también puede enviar un email al Responsable, o en su caso, al Delegado de Protección de Datos a [secretaria@comalmeria.es](mailto:secretaria@comalmeria.es), adjuntando documento que acredite su identidad. Además, el interesado puede dirigirse a la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente para obtener información adicional o presentar una reclamación.

### CONSENTIMIENTO

SI  NO

Para el envío de información sobre productos y/o servicios de su interés (Si acepta el tratamiento de sus datos con esta finalidad marque la casilla SI)

Nombre y apellidos:

---

DNI:

---

Fecha:

---

Firma: