



ESCUELA DE FAMILIAS:

Pequeños (0 a 6)
Adolescentes

Primaria (7 a 12)
Matrimonios

MÁSTER IEEE EN EDUCACIÓN FAMILIAR:

PADRE:

(Nombre y Apellidos)

Profesión:
Teléfono Móvil:
Email:

MADRE:

(Nombre y Apellidos)

Profesión:
Teléfono Móvil:
Email:

DIRECCIÓN.

Dirección Postal:
Ciudad:
C.P. :
Teléfono Casa:

HIJOS:

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

Deseo matricularme en los cursos seleccionados, por la cuota trimestral de euros.

DOMICILIACIÓN BANCARIA:

TITULAR:

ENTIDAD

OFICINA

D.C.

Nº de CUENTA

FECHA:



En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, el Instituto Europeo de Estudios de la Educación (IEEE) le informa que los datos de carácter personal que nos proporcione al cumplimentar este formulario, serán objeto de tratamiento y recogidos en un fichero de datos cuyo responsable es el Instituto Europeo de Estudios de la Educación (IEEE).

En cumplimiento de esta ley, el IEEE no realizará ninguna cesión total o parcial de dichos datos a ninguna empresa u organización ni los utilizará para otro fin que no sea el descrito en el párrafo anterior. El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos y plazos establecidos por la L.O. 15/1999, dirigiéndose a: ieee@ieee.com.es