

MATRÍCULA DE INSCRIPCIÓN

Datos personales

Nombre y apellido alumno@: _____

Nombre padre, madre, tutor(si es menor): _____

Curso: _____ Colegio: _____

DNI: _____ Fecha nacimiento del alumno: __/__/_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Móvil: _____ Fijo: _____ Mail: _____

¿Cómo te has enterado de nuestros cursos? _____

Tipo de curso

Idioma: _____ Nivel: _____

Tipo de matrícula	Horario	Importe*
<input type="checkbox"/> Matrícula nuevos alumnos		30 €
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

Pago de las clases: Mensual Trimestral Anual

Domiciliación:

Nombre del titular:..... DNI

solicita que le sean adeudados en su cuenta corriente los recibos de Brickfield Centre d'Idiomes:

E S _ _ _ _ _

Tarjeta o contado

Responsable: Identidad: María Trinidad Lorente Navío - DNI: 20246919L Dir. postal: Avenida Pio XII, 45 entresuelo Te -
léfono: 964532445 Correo elect: brickfield.ci@gmail.com

“En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado, reali -
zar la facturación del mismo. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o
durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los
casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en Brickfield Centre D'i -
diomes estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los
datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios.

Asimismo solicito su autorización para ofrecerle productos y servicios relacionados con los solicitados y fidelizarle
como cliente.”

__SI

__NO

Firmando la presente matrícula acepto los términos y condiciones que he leído del centro Brickfield Centre
d'Idiomes.

En Vila-Real a..... de de

Firma