

CURSO DE REHABILITACIÓN NEURO-OCCLUSAL

en Implementación a Kinesiología Médica Odontológica y Posturología

Boletín de inscripción curso de Rehabilitación Neuro-Oclusal-2022

2022

Apellidos: _____ Nombre: _____ NIF: _____
E-mail: _____ Dirección: _____
CP: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ teléfono de contacto: _____

PRECIO CURSO 900 Euros * [cada módulo] * ** PLAZO INSCRIPCIÓN CURSO/RNO- 2022

El Curso consta de 4 módulos obligatorios. La no realización de un ciclo no exime de su abono, si no pudiera asistir a uno de éstos se podrá recuperar en la siguiente convocatoria. Se celebrarán en las siguientes fechas:

PRIMER MÓDULO:

FEBRERO
25, 26 Y 27
2022

SEGUNDO MÓDULO:

MARZO
24, 25 Y 26
2022

TERCER MÓDULO:

ABRIL
28, 29 Y 30
2022

CUARTO MÓDULO:

NOVIEMBRE
26, 27 Y 28
2022

* Precio neto. Impuestos No incluidos. Para **reservar la plaza** se tendrá que abonar el importe de un módulo, que se quedará en depósito para el pago del cuarto y último módulo. El **pago total del curso por anticipado** tendrá un descuento de un 10%. Solo la anulación con la antelación referida no tendrá coste. El **número mínimo de alumnos para realizarse el curso** es de cinco.

**En el caso de participantes en el curso que ejerzan una actividad económica, el pago de la cuota de inscripción constituye pago de rendimientos profesionales, por lo que estarán obligados al régimen de retención previsto en el art. 99.2 de la Ley 35/2006 y los arts. 74 y siguientes, 95 y 108 del Real Decreto 439/2007, en cuyo caso deberán abonar directamente sólo el 85% del precio del curso debiendo ingresar en la Agencia Tributaria el 15% restante en concepto de retención.

FORMA DE PAGO: Ingreso o Transferencia Bancaria **10 días antes de el comienzo de cada módulo.** Cuenta bancaria **CAJASUR: ES50 0237 6060 30 9153125018. BIC o SWIFT: CSURES2C.** Por favor, indique en el concepto: CURSO RNO y Apellidos, Nombre del alumno y envíe este boletín de inscripción junto con el resguardo de ingreso o transferencia por e-mail a: **clinica@morenocabello.com.**

Cumplimente este formulario en pdf y envíelo adjunto por correo electrónico o bien imprímalo, escanee y envíe por correo electrónico. Reserva válida a partir del ingreso de reserva de plaza.

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99 de 13 de diciembre, le comunicamos que mediante la cumplimentación de este boletín, autoriza a Dr. Pedro Ángel Moreno Cabello a incluir sus datos de carácter personal en un fichero que tiene por finalidad gestionar los cursos. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando un correo electrónico a : **clinica@morenocabello.com.**