



DR. MORENO CABELLO
CLÍNICA DENTAL

Dr. Pedro Angel Moreno Cabello
Médico Naturista y Estomatólogo
Avenida los Molinos 7- 3º 2 -14001 Córdoba
Telf.: 957 470 353- 633 811 815
clinica@morenocabello.com

CURSO DE REHABILITACIÓN NEURO-OCCLUSAL

en Implementación a Kinesiología Médica Odontológica y Posturología

Boletín de inscripción curso de **Rehabilitación Neuro-Oclusal-2026**

2026

Apellidos: Nombre: NIF:

E-mail: Dirección:

CP: Localidad:

Provincia: teléfono de contacto:

PRECIO CURSO 990 euros * (cada módulo) * **
PLAZO INSCRIPCIÓN CURSO/RNO- 2026

**INSCRIBETE AHORA Y OBTENDRAS
UN 10 % DE DESCUENTO
HASTA EL 15 de Enero del 2026**

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

12,13 y 14

2026

SEGUNDO MÓDULO:

MARZO

13,14 y 15

2026

TERCER MÓDULO:

ABRIL

16,17 y 18

2026

CUARTO MÓDULO:

MAYO

14,15 y 16

2026

* 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 del 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.