**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

**CURSO SVB+DEA (Acreditado por la EVES)**

**FECHA CURSO: 19 y 20 de octubre de 2013.**

**LUGAR: Base Protección Cívil L’Ollería, Plz Principe de España, L’Ollería (VALENCIA)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **APELLIDOS** |  |
| **DNI** |  | **PROFESIÓN** |  |
| **FECHA NACIMIENTO** |  **/ /**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRECCIÓN** |  |
| **POBLACIÓN** |  | **CODIGO POSTAL** |  |
| **PROVINCIA** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TELF.** |  | **E-mail** |  |

**Indicar el curso que desea realizar:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CURSO SVB+DEA 12h.****(Para los voluntarios acreditados de P.C. 50 € )** |  | **60,00€** |
| **CURSO RENOVACIÓN SVB+DEA 6h.****(Para los voluntarios acreditados de P.C. 35 €)** |  | **40,00€** |
|  |  |  |

**REALIZACIÓN DE INGRESO EN:**

|  |
| --- |
| **BANKIA** |
| **ENTIDAD** | **OFICINA** | **D.C.** | **NÚMERO CUENTA** |
| **2038** | **9653** | **50** | **3000646884** |

**La persona interesada en el curso, deberá enviar esta ficha de inscripción, cumplimentada correctamente (con letras mayúsculas), acompañada de copia DNI, copia del INGRESO BANCARIO, y copia de del título de SVB+DEA en vigor (en el caso del curso renovación 6 h.), al correo** **sec.tessinf@gmail.com**

 En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos le informamos que autoriza a que los datos solicitados pasen a formar parte de los ficheros de TESSINF Asociación Nacional de Técnicos en Emergencias Sanitarias Sin Fronteras con domicilio a efectos de notificaciones, 46013 Valencia, España, con la finalidad de gestionar su participación y ofrecerle información de actividades y entidades colaboradoras por correo postal, electrónico, SMS o cualquier otro medio de comunicación electrónica equivalente ante las cuales podrá ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición al tratamiento de la información que le concierne, dirigiéndose por escrito a TESSINF Asociación Nacional de Técnicos de Emergencias Sanitarias Sin Fronteras acompañado por una fotocopia del DNI. Si no desea ser informado de nuestras actividades o recibir información comercial de nuestros colaboradores, marque esta casilla: \_\_\_\_

**En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2013.**

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