

## SOLICITUDE DE INSCRICIÓN / SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Título do curso ou seminario / Título del curso ó seminario

Data / Fecha

Tipo de inscrición / Tipo de inscripción

Nome e apelidos / Nombre y apellidos

Enderezo / Dirección

Código Postal / Código Postal

Localidade / Ciudad

Titulación universitaria / Titulación universitaria

Teléfono / Teléfono

Email / Email

**DATOS FISCAIS SE SOLICITA FACTURA / DATOS FISCALES SI SOLICITA FACTURA**

NIF / NIF

Nome fiscal / Nombre fiscal

Enderezo / Dirección

Código Postal / Código Postal

Localidade / Ciudad

**DATOS DE PAGO / DATOS DE PAGO**

Nº de Conta / Nº de cuenta

**ES23 3070 0035 2063 1747 8326** (CAIXA RURAL GALEGA)

Datos titular / Datos titular

**ASOCIACIÓN DE TERAPIA FAMILIAR E MEDIACIÓN DE GALICIA**

G-32151342

Rúa de Amio 114, 15707 Santiago de Compostela

**Remitir esta solicitude de inscrición xunto co xustificante de pago e a documentación requerida antes da data límite de recepción a:**

**Enviar esta solicitud de inscripción junto con el justificante de pago y la documentación requerida antes de la fecha límite de recepción a:**

**[secretaria@atfmgalicia.gal](mailto:secretaria@atfmgalicia.gal)**

En cumprimento da Lei orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter persoal, informámoslle que os seus datos persoais serán incluídos na base de datos da Asociación de Terapia Familiar e Mediación de Galicia ante a cal poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación ou oposición solicitándoo por email a [secretaria@atfmgalicia.gal](mailto:secretaria@atfmgalicia.gal).

En cumplimiento de la Ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos personales serán incluidos en la base de datos de la Asociación de Terapia Familiar y Mediación de Galicia ante la cual podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición solicitándolo por email a [secretaria@atfmgalicia.gal](mailto:secretaria@atfmgalicia.gal).