

<b>DATOS ALUMNO</b>	<b>DATOS FACTURACIÓN*</b> (*en caso de no ser igual a los datos del alumno)
Nombre y apellidos	Nombre o razón social
DNI (o documento de identificación nacional)	NIF/CIF
Dirección postal	Dirección postal
País de residencia	País
Correo electrónico	
Teléfono	
Profesión o estudios	
Empresa en la que desarrolla su actividad	
Asociado AEIH/AGEM                      Sí              No Num. Asociado	

**INFORMACIÓN DEL CURSO**

**Precio:** 495€ + IVA

**Duración:** 50 lectivas

**Titulación:** Certificado de Extensión Universitaria del Curso "Instalaciones en Centros Sanitarios", expedido por el Instituto de Formación Continua de la Universidad de Barcelona (UB-IL3)

\* Para recibir el certificado es necesario haber enviado la fotocopia compulsada de su DNI o Pasaporte a HOSPITECNIA S.L. y superar los criterios de evaluación establecidos.

Mediante esta carta quiero verificar mi intención de matricularme al curso y hacer el abono de la cantidad estipulada antes de la fecha de inicio del curso.

Firma del alumno