



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

MASTER:

SIGLAS:

FECHA DE INICIO: ____/____/____

CONSULTOR:

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

D.N.I.:

NOMBRE:

APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

TELÉFONO DE CONTACTO 1:

TELEFONO CONTACTO 2:

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

LUGAR DE NACIMIENTO:

ESTUDIOS:

COMO NOS CONOCIÓ:

E-MAIL:

MATRÍCULA

PRECIO TOTAL MASTER/MATRICULA:

IMPORTE MATRICULA:

FECHA PAGO MATRICULA:

FORMA DE PAGO MATRICULA

- EFECTIVO/TARJETA:
- TALÓN:
- TRANSFERENCIA:
- DOMICILIADO:

IMPORTE MASTER:

FORMA DE PAGO MASTER

- EFECTIVO/TARJETA:
- TALÓN:
- TRANSFERENCIA:
- DOMICILIADO:

Nº MES	IMPORTE	VENCIMIENTO	
		DESDE	HASTA

OBSERVACIONES:

DATOS BANCARIOS

BANCO O CAJA:

NÚMERO DE CUENTA:

TITULAR DE LA CUENTA:

FIRMA DEL ALUMNO/A:

SELLO LITO SEOANE CENTRO STUDIO:

FECHA: