

## **CURSO: EXPERTO EN CALIDAD, SEGURIDAD E INOCUIDAD ALIMENTARIA**

FECHA DE INICIO: 17 de Octubre de 2014

FECHA DE FINALIZACIÓN: 8 de Noviembre de 2014

DURACIÓN: 50 HORAS PRESENCIALES

### **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

Enviar a: GEAL Consultores. C/Presidente Salvador Allende, Portal 6 Bis Local 6 15011 A Coruña.

Tlf. 981 913 094 Fax: 881 874 369 e-mail: [formacion@gealconsultores.com](mailto:formacion@gealconsultores.com)

### **DATOS DEL ASISTENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

EMPRESA: \_\_\_\_\_ SECTOR DE ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### **DESCUENTOS**

La solicitud de inscripción en el curso antes del 10 de Octubre de 2014 conlleva un 10% de descuento

- ESTUDIANTE (20%)**  
(ADJUNTAR COPIA DE ÚLTIMO PAGO DE MATRÍCULA)
- DESEMPLEADO (20%)**  
(ADJUNTAR COPIA ACTUALIZADA DE TARJETA DE INSCRIPCIÓN EN EL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO)
- TRABAJADOR POR CUENTA AJENA (100%)**  
(INDICAR DATOS CORRESPONDIENTES A SU EMPRESA)

### **DATOS DEL RESPONSABLE DE FORMACIÓN DE LA EMPRESA**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### **IMPORTE: 600 € \***

\* Se comunicará al asistente la cantidad final a abonar en concepto de matrícula, tras valorar los descuentos a aplicar, una vez revisada su solicitud de inscripción. Para la aplicación del descuento del 10% por inscripción antes del 10 de Octubre de 2014 debe figurar en poder de GEAL Consultores el documento de solicitud de inscripción antes de dicha fecha, si bien podrá realizar el pago de la matrícula antes del 17 de Octubre sin perder su derecho a dicho descuento.



## DATOS DE FACTURACION

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## FORMA DE PAGO

TRANSFERENCIA BANCARIA (AL SIGUIENTE N° DE CUENTA):  
**0049 - 5030 - 16 – 2416662638 (CONCEPTO: INSCRIPCIÓN CURSO EXPERTO)**

CARGO A CUENTA (INDICAR N° DE CUENTA):  
ENTIDAD: \_\_\_\_\_ OFICINA: \_\_\_\_\_ D.C.: \_\_\_\_\_ N° CTA.: \_\_\_\_\_

EFECTIVO (ENTREGA DEL IMPORTE DE LA MATRÍCULA EN LAS OFICINAS DE GEAL)  
C/Presidente Salvador Allende, Portal 6 Bis Local 6 15011 A Coruña

\* PARA HACER EFECTIVA LA MATRÍCULA, EL PAGO DEBE SER REALIZADO ANTES DEL **17 de Octubre de 2014**

FIRMA DEL ASISTENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE FORMACIÓN DE LA EMPRESA

Fecha: \_\_\_\_\_

Su dirección de correo electrónico y demás datos de carácter personal que nos facilite, serán objeto de tratamiento automatizado, con la finalidad de gestionar la agenda de contactos de nuestra empresa, para el envío de comunicaciones por vía electrónica. Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD. 15/1999), dirigiendo un escrito a **GESTIÓN ALIMENTARIA CONSULTORES, S.L.** C/Presidente Salvador Allende, portal 6 bis, local 6. 15011. A Coruña

GEAL Consultores  
C/Presidente Salvador Allende, 6 bis, local 6.  
15011 A Coruña  
Telf.: 981 91 30 94 Fax: 881 874 369  
web: www.gealconsultores.com e-mail: info@gealconsultores.com