

CAMPUS ARBITRAJE JUAN CARLOS MITJANA

Nombre: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Población: _____ CP: _____ Provincia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Comité de procedencia: _____

Categoría: _____

Autorizo en el supuesto de precisar asistencia médica, a que pueda ser trasladado con los datos de este impreso a un centro médico por parte del Campus.

¿ Toma algún medicamento y/o hace algún régimen especial?

¿ Tiene alguna alergia?

¿ Ha tenido algún problema médico que cree conveniente de comentar a lo largo de la vida?

En el supuesto que siga tratamiento médico de larga duración o bien requiera algún trato especial, nos lo han de comunicar.

Los datos facilitados serán tratados en un fichero, cuya finalidad es la formalización de la inscripción al Campus y al envío (postal o por e-mail) de información relacionada con sus actividades. Puede ejercitar el derecho de acceso, rectificación, oposición o cancelación en cualquier momento dirigiéndose a la siguiente dirección:

campus@setec-esports.com

Teléfono (+34) 608 10 50 47

Fax (+34) 93 770 96 31

Nombre y apellidos

firma

DNI

Ordenante:

Transferencia bancaria a favor de Francesc Solana Tomas:

Banc Sabadell de Andorra

CC: AD50 0008 0090 3612 0047 988 SWIFT. BSANADAD

Referencia: **Campus Arbitraje Juan Carlos Mitjana**

INGRESO **400** €

A partir del día de 15 de Mayo 2009.