

# Postgrado en Fundamentos de la calidad, seguridad y eficacia en fitoterapia

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN - EDICIÓN 2009/10

Para solicitar la inscripción correctamente debes cumplimentar este boletín, realizar el pago de inscripción que se te indica (apartado 1) y hacernos llegar tanto el boletín como el comprobante de pago por correo postal, fax, e-mail o a través de nuestra página.

Dirección postal: **Apartado de Correos 5.046 - 08080 Barcelona.**

Fax: **902 12 02 73** / E-mail: **matricula@imicromat.com** / Página web: **www.imicromat.com**.

Una vez confirmada tu inscripción y para poder matricularte como alumno de la Universidad de Barcelona, **es imprescindible** que nos aportes la siguiente documentación: fotocopia compulsada del título universitario (si el título ha sido emitido por una universidad extranjera, contacta con Secretaría), fotocopia del DNI y modelo P4 cumplimentado y firmado. Esta documentación deberás enviárnosla únicamente **por correo postal** y **confirmar** con nosotros que ha sido recibida correctamente.

Si el alumno no cumple con estos requisitos de acceso, la organización del programa no garantizará su correcta matriculación y por tanto el alumno perderá su derecho a posibles reclamaciones. Para consultar cualquier duda llámanos al **902 15 19 11**.

Persona de contacto con la que has gestionado tu inscripción: \_\_\_\_\_

### Datos personales

Formato:  Papel  Online

Apellidos, nombre: \_\_\_\_\_

NIF o pasaporte: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

F. nacimiento (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Titulación: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Antiguo alumno UB/UBV:  Sí  No Curso/s: \_\_\_\_\_

Facturar a\*: \_\_\_\_\_ CIF/NIF: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\*Cumplimentar cuando los datos de la factura sean distintos a los del alumno.

Situación laboral actual:  En activo  En paro  Estudiante de último curso de...

¿Por qué medios has obtenido información sobre estos cursos?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anuncio en revistas especializadas | <input type="checkbox"/> Facultad/escuela universitaria                             |
| <input type="checkbox"/> Recibí folleto por correo postal   | <input type="checkbox"/> Web de IL3 <input type="checkbox"/> Web Instituto Micromat |
| <input type="checkbox"/> Colegio profesional                | <input type="checkbox"/> Llamada telefónica   |
| <input type="checkbox"/> Buscador de Internet               | <input type="checkbox"/> Compañero o amigo  |
| <input type="checkbox"/> Otros (indicar cuál):              |   |

## Forma de pago

El precio de la matrícula para esta edición es de **1.300 €**.

- 1 Inscripción de 150\* €** que abonaré mediante ingreso o transferencia al número de cuenta del Banco Santander Central Hispano:

Titular: Fundació IL3-Universitat de Barcelona

Número cuenta: **0049-1806-97-2611889651**

Referencia: P1 Fitoterapia

Es imprescindible **identificar claramente** el nombre del alumno y enviar a Secretaría el justificante del ingreso.

\*Este importe sólo se devolverá en caso de que el alumno no sea admitido en el curso.

- 2 Matrícula de 1.150 €.** Elegir una de las siguientes opciones.

El/los recibo/s empezará/n a girarse 20 días antes del comienzo del curso:

- En 1 recibo domiciliado de 1.150 €.
- En 2 recibos domiciliados mensuales de 578 € cada uno.
- En 3 recibos domiciliados mensuales 386,33 € cada uno.

Autorizo a IL3-Universitat de Barcelona a realizar el cobro del/de los recibo/s, según la opción marcada, del número de cuenta que indico a continuación:

Titular: \_\_\_\_\_

CIF/NIF: \_\_\_\_\_

Entidad: \_\_\_\_\_

Oficina: \_\_\_\_\_

DC: \_\_\_\_\_

Cuenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

- Financiado** con el BSCH. Contacta con el 902 15 19 11 para su tramitación.

De conformidad con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos de carácter personal que se faciliten a través de este formulario, serán objeto de tratamiento e incorporados a un fichero automatizado cuyo responsable es Instituto Micromat e IL3 (Universitat de Barcelona Virtual, S.L. y Fundació Bosch i Gimpera). El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a Instituto Micromat (Apartado de Correos 5.046, 08080 Barcelona) indicando claramente su nombre, apellidos, dirección y adjuntando una fotocopia del documento nacional de identidad.

El envío de los datos personales supone la autorización expresa para su tratamiento y uso en los términos informados, pudiéndose revocar el consentimiento, sin efectos retroactivos, en cualquier momento en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. Asimismo, le informamos que una vez formalizada la matrícula, su dirección postal y/o electrónica se utilizará para el envío de comunicaciones comerciales y publicitarias de productos y servicios de IL3 relacionados con la formación.

CURSO 2009/2010

ENSEÑANZA DE POSTGRADO Y CURSOS DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

CENTRO O ENTIDAD.....

DATOS PERSONALES

(Escribid el nombre y los apellidos tal y como aparecen en vuestro DNI o certificado de cambio de nombre, añadiendo los acentos que consideréis necesarios y la conjunción "y" "i" entre los apellidos, en caso de que queráis que conste)

DNI o núm. Pasaporte para extranjeros



Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

Español = 1  
Extranjero = 2

Nacionalidad

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Dirección de correo electrónico

Nombre de la calle

Número

Piso

Código Postal

Población

Provincia/comarca

Vuestros datos personales serán sometidos a un tratamiento automatizado de carácter confidencial e incluidos en un fichero creado por resolución del Rector de la UB de acuerdo con lo establecido en la LO 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, con el fin de gestionar vuestros datos académicos. En el supuesto de que lo autorizéis, vuestras señas personales (nombre y dirección) podrán ser difundidas con el fin de haceros entrega de información que puede ser de vuestro interés. El consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento.

En consecuencia, autorizo la difusión de mi nombre y dirección para poder recibir esta información: Sí  No

SEGURO

PÓLIZA DE SEGURO VOLUNTARIO

SI

NO

Hago constar que renuncio al seguro y que me doy por enterado de que no tengo cobertura ni por accidente ni por enfermedad.

Barcelona, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Firma del alumno)

APORTACIÓN A LA FUNDACIÓ SOLIDARITAT UB

¿Quieres contribuir con tu aportación al desarrollo de las actividades de cooperación de la Fundació Solidaritat UB?

SI

NO

DATOS ACADÉMICOS

(rellenar por la secretaría del curso)

Enseñanza de postgrado <input type="checkbox"/>	Programa de más de un año académico <input type="checkbox"/>	Curso de Extensión Universitaria <input type="checkbox"/>	
	Programa de master curricular <input type="checkbox"/>		
	Programa con especialidades <input type="checkbox"/>		
Denominación de la enseñanza de postgrado/curso de extensión universitaria			
<input type="text"/>			
Código del postgrado/curso <input type="text"/>	Códigos de cursos, unidades o módulos		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quedo enterado/a de que la eficacia de la matrícula está condicionada por la veracidad de los datos, al cumplimiento de los requisitos exigibles y al pago completo en los plazos establecidos. Asimismo me doy por enterado/a de que en caso de carencia de la documentación señalada en la hoja de instrucciones, este acto tiene efectos de notificación, con el fin de aportar la documentación que corresponda en el plazo de 10 días a partir de la fecha de la matrícula.

Barcelona \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Firma del alumno/a)

Visto bueno  
Responsable del curso (si es el caso)  
(Firma)


**CURS 2009/2010**
**ENSENYAMENTS DE POSTGRAU I CURSOS D'EXTENSIÓ UNIVERSITÀRIA**
**CENTRE O ENTITAT .....**
**DADES PERSONALS**

(Escriviu el nom i els cognoms tal com apareixen al vostre DNI o certificat de canvi de nom, afegint-hi els accents que considereu necessaris i la conjunció "i" entre els cognoms, en cas que vulgueu que hi consti)

DNI o núm. Passaport per a estrangers



Primer cognom

Segon Cognom

 Espanyol = 1  
Estranger = 2

Nacionalitat

Nom

Data de Naixement



Telèfon fix

Telèfon mòbil

Adreça de correu electrònic




Nom del carrer

Número

Pis




Codi Postal

Població

Província/comarca

Les vostres dades personal seran sotmeses a un tractament automatitzat de caràcter confidencial, i incloses en un fitxer creat per resolució del Rector de la UB d'acord amb el que estableix la LO 15/1999, de protecció de dades de Caràcter Personal, amb la finalitat de gestionar les vostres dades acadèmiques. En el cas que ho autoritzeu, les vostres dades personals (nom i adreça) es podran difondre amb la finalitat de lliurar-vos informació que pot ser del vostre interès. El consentiment podrà ser revocat en qualsevol moment.

En conseqüència, autoritzo la difusió del meu nom i adreça per rebre aquesta informació:

Sí

No

**ASSEGURANÇA**

PÒLISA D'ASSEGURANÇA VOLUNTÀRIA

Sí

NO

Faig constar que renuncio a l'assegurança, i em dono per assabentat que no tinc cobertura ni per accident ni per malaltia.

 Barcelona, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Signatura de l'alumne)

**APORTACIÓ A LA FUNDACIÓ SOLIDARITAT UB**

Vols contribuir amb la teva aportació al desenvolupament de les activitats de cooperació de la Fundació Solidaritat UB?

Sí

NO

**DADES ACADÈMIQUES**

( A omplir per la secretaria del curs )

Ensenyament de postgrau

Programa de més d'un any acadèmic

Programa de màster curricular

Programa amb especialitats

Curs d'Extensió Universitària

Denominació de l'ensenyament de postgrau/curs d'extensió universitària

Codi de l'ensenyament

Codis de cursos, unitats o mòduls













Quedo assabentat/ada que l'eficàcia de la matrícula està condicionada a la veracitat de les dades, al compliment dels requisits exigibles i al pagament complet, en els terminis establerts. Així mateix em dono per assabentat/ada que en cas de manca de documentació assenyalada en el full d'instruccions, aquest acte té efectes de notificació per tal d'aportar la documentació que correspongui en el termini de 10 dies a partir de la data de la matrícula.

 Barcelona \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Signatura de l'alumne/a)

 Vist i plau  
Responsable del curs (si és el cas)  
(Signatura)