



ESCOLA DE KUNG-FU

Full d'inscripció Curs 20/21

Escola El Vapor

NOM DEL NEN/A _____

DATA DE NAIXEMENT _____ DNI _____

ADREÇA _____ CP _____

POBLACIÓ _____ MÒBIL _____ / _____

NOMS PARE/MARE/TUTOR _____

E-MAIL _____

IBAN (Nº COMPTE) _____

OBSERVACIONS: _____

1 DIA/SETMANA

2 DIES/SETMANA

Data _____ SIGNATURA _____

La inscripció s'ha de retornar omplerta al correu: sibpalki@gmail.com

En cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 le informamos que los datos por Vd. proporcionados serán objeto de tratamiento por parte de EQUIP MÈDIC VERGE PEREZ S.L. con CIF B64390503, con domicilio en TERRASSA C.P. 08225, CALLE ANTONI MAURA, 5 correo electrónico: sibpalki@gmail.com, con la finalidad de prestarle el servicio solicitado y realizar la facturación del mismo. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en EQUIP MÈDIC VERGE PÉREZ S.L. estamos tratando sus datos personales y por tanto tiene derecho a ejercer sus derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, portabilidad, oposición al tratamiento o solicitar su supresión.

Cedeixo els drets d'imatge de les fotografies o videos que es puguin prendre durant les activitats, sense cedir-les a tercers amb finalitats comercials.

Si _____

NO _____