



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

enviarlo via fax al N. +39.0575.350 277

Después expedirlo a STRATEGIC THERAPY CENTER, Piazza S. Agostino, 11, 52100 - Arezzo - Italia

**Se ruega cumplimentar todas las páginas escribiendo en letra de imprenta**

Confirmando mi participación en el **“CURSO DE ACTUALIZACIÓN Y SUPERVISIÓN CLÍNICA EN T.B.E”**  
**BARCELONA**

Año académico marzo 2012/ noviembre 2012

- sábado 3 y domingo 4 marzo 2012
- sábado 9 y domingo 10 junio 2012
- sábado 29 y domingo 30 septiembre 2012
- sábado 25 y domingo 26 noviembre 2012

*Y pagaré la cuota de 1.500,00 Euros + iva (nif)*

Se podrá realizar el pago en cuatro cuotas:

Un pago 300,00 € por la inscripción

El resto se pagará en tres cuotas con los siguientes plazos: 30 de Marzo 2012 / 30 de Junio 2012 / 30 de Septiembre 2012 /

### DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: .....

Lugar y fecha de nacimiento: ..... Dirección:.....

Nº:..... C.P.:..... Ciudad:..... País.....

Tel..... Fax..... Móvil:.....

E-mail:.....

Titulación: ..... Trabajo actual:.....

Conocí el evento a través de.....

Persona de contacto para comunicaciones urgentes: .....

tel. .... E mail.....

### DATOS PARA LA FACTURACIÓN (obligatoria para todos los inscritos)

Razón Social: ..... Dirección: .....

Ciudad: ..... C.P.: ..... País..... Tel..... Fax.....

CIF (P.i.v.a)..... DNI (Cod. Fisc).....

Nombre del administrador.....Email para recibir la factura electrónica.....

### Claúsulas

Con la firma del presente modulo se declara expresamente la aceptación de todas las condiciones especificadas en las “Condiciones Generales” que se adjuntan. Por especifica aprobación de las cláusulas 1,2, 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 (art. 1341 C.C.) de las “Condiciones Generales” adjuntas.

Consiente la comunicación de su número de teléfono o dirección email a los demás participantes de su curso?  (SI)  (NO)

Fecha y Firma (con sello si es empresa) \_\_\_\_\_

## CONDICIONES GENERALES DE REGISTRO Y PARTICIPACIÓN

1. **SEDE:** La formación se llevará a cabo en lugares que se indiquen en los folletos publicitarios y posteriormente sean confirmados por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que el inscrito, bajo su propia responsabilidad, haya mencionado en "**personas de contacto**".
2. **FINALIZACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN:** La inscripción se considera completa tras la recepción en "STRATEGIC THERAPY CENTER S.r.l" del formulario de inscripción debidamente cumplimentado y firmado. A fin de garantizar la calidad de la formación y de los servicios adicionales prestados a los participantes, las inscripciones son limitadas. La fecha de llegada de la solicitud de inscripción debidamente cumplimentada y firmada determinará la prioridad de inscripción.
3. **CUOTA:** La cuota da derecho a participar en los trabajos y materiales, no incluye los gastos relacionados con viajes y alojamiento de los participantes. La cuota debe ser pagada en la forma prevista en el punto 4.
4. **FORMA DE PAGO:** El precio debe ser pagado mediante transferencia bancaria a:

STRATEGIC THERAPY CENTER S.r.l de la Banca MONTE DEI PASCHI DI SIENA

CUENTA n° IT 96 P 01030 14106 00000820337 SWIFT PASCITM1K66

### INDICAR LOS DATOS DEL PARTICIPANTE Y EL TÍTULO DEL CURSO

Sin perjuicio de la obligación de pagar la cantidad debida, la falta de pago de las cuotas determinará la suspensión del curso hasta que regularice su situación.

5. **CAMBIOS EN EL PROGRAMA:** STRATEGIC THERAPY CENTER S.r.l por razones de organización se reserva el derecho de cancelar o cambiar la fecha de inicio del curso, comunicándose hasta 5 días antes de la fecha de comienzo del curso al número de fax o e-mail que, bajo su propia responsabilidad, se ha mencionado en "personas de contacto".  
En caso de cancelación la cuota de inscripción recibida será reembolsada, con exclusión de cualquier cargo adicional u obligación de Estudios STRATEGIC THERAPY CENTER S.r.l. Estará autorizado STRATEGIC THERAPY CENTER S.r.l para cambiar las fechas y horarios, para modificar los programas, sin alterar el contenido, reemplazar a los docentes y /o relatores en el caso de impedimentos imprevisibles.
6. **IMPOSIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN:** A los miembros (personas físicas) que en la fecha de inicio del curso no pudieran participar por legítimo impedimento, o por causas de fuerza mayor, usted puede transferir el registro de la misma iniciativa en la próxima edición - en su caso - o cualquier otro curso de STRATEGIC THERAPY CENTER S.r.l. En el caso de los miembros corporativos, sólo se puede reemplazar el participante registrado con otra persona de la misma empresa. En cualquier caso, se excluye expresamente el derecho a reclamar ninguna devolución, ni siquiera parcial.
7. **RENUNCIA:** Es posible renunciar a la inscripción hasta 15 días antes de la fecha de inicio del evento, comunicando la decisión de la retirada por fax o correo electrónico, seguido por carta certificada con acuse de recibo. En caso de cancelación como se describió anteriormente la cuota pagada por el participante será reembolsada en su totalidad. Si la notificación de cancelación es recibida después del plazo especificado anteriormente y hasta el día antes del inicio del curso, el participante puede retirarse con el 50% de la cuota de participación. Si la cancelación no se comunica sobre los plazos antes mencionados, o se manifiesta por hechos concluyentes mediante la falta de presencia en el curso, deberá pagarse la totalidad de la cuota de participación.
8. **RESPONSABILIDAD DE LOS PARTICIPANTES:** El participante del curso es personalmente responsable de cualquier daño causado a la estructura, las aulas, el material didáctico, equipo y cualquier otro producto presente en las instalaciones del STRATEGIC THERAPY CENTER S.r.l  
El participante también está obligado a respetar las normas internas (registros de la firma, reglas del master, etc.).
  1. Además declaro bajo mi responsabilidad que no utilizaré para fines distintos al uso didáctico personal todo el material audio video recibido, y cualquier otra información que reciba o adquiera de cualquier modo durante la formación recibida respecto a terceras personas.
  2. De acuerdo con la ética profesional, me comprometo a mantener absoluta reserva sobre hechos y datos de los que tenga conocimiento, así como cualquier otra información que reciba o adquiera de cualquier modo en el ciclo de formación respecto a terceras personas, y que los datos relativos a la identidad genética de terceros no será divulgada por mí de ninguna manera.
  3. Asimismo, declaro no grabar, grabar vídeo o duplicar sobre ningún soporte tecnológico el material en proyección emitido con fines didácticos sin la autorización escrita del STRATEGIC THERAPY CENTER S.r.l
9. **CONDICIONES DE EMISIÓN DE CERTIFICADOS / DIPLOMAS:** Al final de cada curso / master se emitirá un certificado a los participantes que cumplan con la situación administrativa, la asistencia obligatoria (frecuencia mínima requerida: 80% de la formación) y en los casos en que se requiere examen final.
10. **CONFLICTOS:** Cualquier controversia será competencia del Tribunal de Arezzo, con exclusión de cualquier otro Tribunal.
11. **PUBLICACIONES:** STRATEGIC THERAPY CENTER S.r.l podrá utilizar imágenes, fotos personales y de grupo tomadas durante los cursos para eventuales publicaciones.
12. **GARANTÍA Y PRIVACIDAD:** La información recopilada se incluirá en nuestra base de datos y se utiliza para enviar información sobre los cursos de STRATEGIC THERAPY CENTER S.r.l bajo el DL196 6/30/2003 (y siguientes. modificada)  
Si usted no desea recibir más comunicaciones comerciales por favor marque la siguiente casilla   
El titular de los datos es **Nardone Maria Cristina**, CEO de la empresa, que procede al tratamiento de datos de conformidad con la legislación sobre la privacidad.

Por aprobación específica de las cláusulas 1,2, 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 (art. 1341 CC) de "Condiciones Generales".

Fecha y Firma (con sello si es empresa) \_\_\_\_\_