



FORMULARIO DE SOLICITUD DE BECA DE ASISTENCIA

APELLIDOS

NOMBRE

DNI

TELÉFONO

MÓVIL

EMAIL

CENTRO DE TRABAJO

CIUDAD

SERVICIO

MIEMBRO DE SEICV SVAMC

Certifico que con fecha _____ me encuentro al corriente de pago de las cuotas de socio de _____

FIRMA

Se deberá remitir el formulario de solicitud a la dirección de email seicv-svamc2019@clavecongresos.com, indicando en el concepto “Solicitud de beca de asistencia al III Congreso SEICV-SVAMC”.

Los datos contenidos en este formulario van a ser almacenados en los ficheros del III Congreso Conjunto SEICV-SVAMC, como responsable del fichero, y serán tratados por Clave Congresos S.L., como encargada de tratamiento acorde al art. 12 de la LOPD, con el objeto de gestionar las solicitudes para actividades formativas. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición pueden dirigirse a la Secretaría Técnica: Clave Congresos S.L., calle Gayano Lluch, 34, domicilio social sito en Valencia.