

Reserva tu plaza para el curso 2023-2024



Pago de 200 € en concepto de RESERVA a la cuenta de GRUPO OFTÁLMICO BOSTON
ES76/ 0128/ 5642/ 0101/ 0001/ 0351

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____ C.P.: _____

Ciudad y provincia: _____ NIF: _____

Tel.: _____ F. Nac.: _____ @: _____

Universidad y año de finalización de estudios de Óptica y Optometría (indica si aún no has finalizado estudios y qué te queda pendiente): _____

Programa en que tienes intención de matricular:

- MÁSTER EN OPTOMETRÍA CLÍNICA Y HOSPITALARIA (**HÍBRIDO O SEMIPRESENCIAL**)
- MÁSTER CLÍNICO EN OPTOMETRÍA AVANZADA (**100% A DISTANCIA**)

Imprimir y enviar, junto con resguardo de pago de 200 € en concepto de RESERVA, a contacto@centroboston.com

Firma: _____, a ____ de _____ de 2023

CONDICIONES DE DEVOLUCIÓN DE RESERVA DE PLAZA

El pago en concepto de reserva de plaza no será devuelto en ningún caso si el alumno finalmente decidiera no cursar el programa.

El importe de la reserva se descontará del primer plazo de matrícula, cuando el alumno decida formalizar ésta.