

Máster en OPTOMETRÍA CLÍNICA Y HOSPITALARIA



HOJA DE INSCRIPCIÓN

CURSO 2023 / 2024

Datos personales:

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____ C.P.: _____

Localidad y provincia: _____ DNI: _____

Tel.: _____ @: _____ Fecha Nac: ____/____/____

Programa en que se matricula

Máster BOSTON, modalidad HÍBRIDA

Precio total: **4.990 €**

Plazos de pago:

- 1° en el momento de la matrícula: 1.490 €
- 2° antes del 1 de septiembre de 2023: 700 €
- 3° antes del 1 de noviembre de 2023: 700 €
- 4° antes del 1 de enero de 2024: 700 €
- 5° antes del 1 de marzo de 2024: 700 €
- 6° antes del 1 de mayo de 2024: 700 €

CONDICIONES DE DEVOLUCIÓN DE PAGOS

El primer plazo de pago solo será devuelto en matrículas anuladas antes del 15 de agosto de 2023. Posteriormente a esa fecha, los importes abonados solo serán devueltos en el caso de que el Centro Boston de Optometría decidiera no realizar el máster por falta de un número mínimo de estudiantes.

Firma del/a alumno/a:

En _____, a _____ de _____ de 2023

Formas de pago:

- Transferencia bancaria a nombre de Grupo Oftálmico Boston.
Número de cuenta de Bankinter: ES76 0128 5642 0101 0001 0351

Imprescindible indicar el nombre y apellidos del alumno y enviar el justificante de pago, por correo electrónico, a contacto@centroboston.com

Para completar la apertura del expediente académico, será imprescindible aportar además la siguiente documentación:

- DNI, permiso de residencia o pasaporte.
- Título de Diplomatura o Grado en Óptica y Optometría.
*Si aún no dispones de él, puedes enviarnos el resguardo de su solicitud.
**Si te queda alguna asignatura por superar durante el período de matrícula, consúltanos.
- Curriculum vitae.
- 1 fotografía tamaño carnet (no válidas fotocopias, imágenes borrosas, fotografías antiguas, ni fondos oscuros).

Historial académico

Título con el que accede al Máster

Grado

Diplomatura

Escuela: _____ Años de inicio y fin: _____ / _____

Otros estudios universitarios: _____

Años de experiencia profesional en el sector: _____

Inglés

NIVEL: Traducción _____ Comprensión oral _____ Conversación _____

Muy Bajo (MB); Bajo (B); Medio (M); Alto (A); Muy Alto (MA)

Otros idiomas: _____

Autorizo al Grupo Oftálmico Boston a registrar los datos de carácter temporal detallados en el impreso, en un fichero automatizado, así como a utilizarlos con fines comerciales siempre a través de la citada sociedad, bien mediante comunicaciones escritas, telefónicas, electrónicas o cualquier otro medio o método que pudiera considerarse oportuno. Por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted podrá acceder, rectificar y cancelar sus datos poniéndose en contacto con Centro Boston de Optometría, en C/ Fernando el Santo, 21 . 28010 MADRID - Tel 91 319 29 59 - contacto@centroboston.com

Firma del/a alumno/a:

En _____, a _____ de _____ de 2023