

Reserva tu plaza para el curso 2026-2027



Pago de 250 € en concepto de RESERVA a la cuenta de GRUPO OPTÁLMICO 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 CUIDADOS CLÍNICOS MULTIDISCIPLINARES DE LA VISIÓN (**HÍBRIDO O SEMIPRESENCIAL**)
- MÁSTER EN CUIDADES VISUALES EN ATENCIÓN PRIMARIA (**100% A DISTANCIA**)

Imprimir y enviar, junto con
resguardo de pago de 250 €
a
contacto@centroboston.com

Firma: _____, a _____ de _____ de 2026

CONDICIONES DE DEVOLUCIÓN DE RESERVA DE PLAZA

El pago en concepto de reserva de plaza no será devuelto en caso de decidir no cursar el programa.

El importe de la reserva se descontará del primer plazo de matrícula, en el momento de formalizar ésta.