

TÍTULO PROPIO DE MASTER EN ENDODONCIA Y ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

Nombre y Apellidos:		DNI:
Dirección:		Código Postal:
Localidad:	Provincia:	País:
Móvil:	Teléfono 2:	
E-Mail 1:	E-Mail 2:	
Titulación Académica para acceder al máster:		

RESERVA DE PLAZA:

Reserva de plaza: 900 €*
Formas de pago
 Beneficiario: Postgrados y Cursos Odontología
 Transferencia en el nº de cuenta: **IBAN: ES8430350305443050028646**
 Es obligatorio poner en el concepto de la transferencia: **MASTER ENDO y nombre y apellidos**
 *El importe de la reserva de plaza sólo será devuelto en el caso de no ser admitido.

IMPORTE DE LA MATRÍCULA: las cuotas de matrícula son abonadas por domiciliación bancaria.

<input type="checkbox"/> OPCIÓN A: EN 6 CUOTAS 1º cuota en Octubre 2024: 1500 € 2º cuota en Noviembre 2024: 1500€ 3º cuota en Diciembre 2024: 1500€ 4º cuota en Enero 2025: 1500€ 5º cuota en Febrero 2025: 1500€ 6º cuota en Marzo 2025: 1.500€	<input type="checkbox"/> OPCIÓN B: EN 9 CUOTAS 1º cuota en Octubre 2024: 1000€ 2º cuota en Noviembre 2024: 1000€ 3º cuota en Diciembre 2024: 1000€ 4º cuota en Enero 2025: 1000€ 5º cuota en Febrero 2025: 1000€ 6º cuota en Marzo 2025: 1000€ 7º cuota en Abril 2025: 1000€ 8º cuota en Mayo 2025: 1000€ 9º cuota en Junio 2025: 1000€
---	---

* El precio total del master asciende a 9000€ + 900€ de reserva del plaza (cantidad que no se devolverá si causa baja)

Domiciliación Bancaria. Número de Cuenta	IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº CUENTA

FORMALIZACIÓN DE LA SOLICITUD:

El impreso ha de enviarse junto a la documentación requerida a la siguiente dirección de correo electrónico:
infopostgradodontologia@gmail.com

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante.