



MÁSTER EN IMPLANTOLOGÍA

Solicitud de preinscripción:

Nombre:	
Apellidos:	
DNI/NIE:	
Licenciado por la Universidad:	
Número de colegiado:	
Estudiante de la Universidad:	
Dirección:	
Población:	
Provincia:	
Código postal:	
País:	
Teléfono:	
E-mail:	

Por favor, enviar el formulario a: info@atheneainstitute.com

Firma:

INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS: **Responsable:** ATHENEAE DENTAL INSTITUTE, S.L. **Finalidades:** Responder a solicitudes de información, consultas o dudas del usuario. Envío de comunicaciones informativas de nuestros productos y servicios, incluso por correo electrónico. **Legitimación:** Consentimiento del interesado. **Destinatarios:** No están previstas cesiones de datos a terceros, salvo obligación legal. **Derechos:** Puede retirar su consentimiento en cualquier momento, así como acceder, rectificar, suprimir y demás derechos en info@atheneainstitute.com, como se explica en la Política de Privacidad.

- No deseo recibir información comercial
- Acepto la Política de Privacidad.