

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Curso Superior de Analista de Riesgos de Entidades Financieras 990 €

IVA incluido, libre de gastos de envío y gastos de financiación.

Además, le ofrecemos asistencia mediante bonificación durante un año a las jornadas profesionales organizadas por ISTEPB.

FORMA DE INSCRIPCIÓN

Rogamos envíe esta solicitud junto con el comprobante bancario o documento de pago que corresponda según modalidad elegida.

Por FAX: 902 509 807

Por EMAIL ESCANEADO: info@istpb.com

Ninguna inscripción será aceptada si no se ha cumplimentado correctamente el pago de los derechos de matrícula

DATOS DEL ALUMNO

Nombre:

Empresa:

Departamento:

Domicilio:

C. Postal: Población:

Provincia:

Teléfono: Fax:

E-mail:

NIF ó DNI:

DATOS PARA LA FACTURA (si son distintos)

Empresa:

Persona de contacto:

Departamento:

Domicilio:

C. Postal: Población:

Provincia:

Teléfono: Fax:

E-mail:

NIF ó CIF:

Precio con IVA incluido, se desglosará en factura.

Para empresas: pregunte por nuestros descuentos especiales para grupos



Instituto Superior de Técnicas y Prácticas Bancarias
C/ La Fragua 4ª P1 – Tres Cantos – 28770 - Madrid

Tel. 902 545 046 – Fax. 902 509 807

E-mail: info@istpb.com

<http://www.istpb.com/>

FORMAS DE PAGO

Señale la forma y el medio por el que realiza el pago:

PAGO AL CONTADO

En una sola vez **990 €** por el medio indicado:

Transferencia a favor de ISTEPB Cursos de Especialización.
CCC 2103-1064-28-0030007582 (UNICAJA, suc. 1064)
(Adjuntar resguardo de haber realizado la transferencia)

Tarjeta de Crédito: VISA MasterCard

___/___/___ Caducidad: ___/___

Importe a cargar en tarjeta: **990 €**

Fecha: Firma:

PAGO A PLAZOS

1. Un primer plazo de **300 €**

2. Y el resto en los plazos indicados:

Opción A: **3** plazos mensuales de **230 €** cada uno

Opción B: **6** plazos mensuales de **115 €** cada uno

1.1 El primer plazo de 300 € lo pagaré mediante:

Transferencia a favor de ISTEPB Cursos de Especialización.
CCC 2103-1064-28-0030007582 (UNICAJA, suc. 1064)
(Adjuntar justificante de pago al enviar esta solicitud)

Tarjeta de Crédito: VISA MasterCard

___/___/___ Caducidad: ___/___

Importe a cargar en tarjeta: **300 €**

Fecha: Firma:

2.1 El resto de plazos mensuales arriba indicados los pagaré mediante:

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Autorizo al Instituto Superior de Técnicas y Prácticas Bancarias a pasar al cobro ___ recibos mensuales de _____ euros a cargar en mi cuenta:

CCC

Entidad

Sucursal Domicilio

C.P Provincia

Tarjeta de Crédito: VISA MasterCard

___/___/___ Caducidad: ___/___

Importe a cargar mensualmente: _____ €

Fecha: Firma: