

# SOLICITUD DE MATRICULA



## Título Propio de Máster en Gestión y Dirección de Clínicas Dentales

Nombre y Apellidos:		DNI:
Dirección:		Código Postal:
Localidad:	Provincia:	País:
Teléfono 1:		Teléfono 2:
E-Mail 1:		E-Mail 2:
Titulación Académica o Estudios Actuales: (Titulación académica oficial que da acceso al Máster)		
Trabajo (Empresa y puesto):		

Por favor, indique cómo ha tenido conocimiento de este Máster (puede seleccionar más de una opción):

- Prensa       Televisión       Página web UEMC       Carteles en la UEMC  
 Radio       Correo postal       Correo electrónico       Un amigo o familiar  
 Carteles \_\_\_\_\_ Otras (especificar) \_\_\_\_\_

### IMPORTE DE LA MATRÍCULA

#### Procedimiento de pago para alumnos

##### Curso Académico 17-18:

Se realizará el ingreso de 2.450 euros después de haber sido aceptada la solicitud de matrícula.

Domiciliación Bancaria.	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº CUENTA
Número de Cuenta	0 1 2 8	1 5 0 7	3 4	0 1 0 0 0 0 6 5 3 1

Titular de la Cuenta	Psicodentalmadrid s.l.
NIF	B83725614

\* El precio total del curso académico es de 2450 €. El alumno estará debidamente matriculado cuando se haga efectivo el ingreso de la matrícula.

\*La expedición del Título se ajustará a los precios y tasas que establezca la Universidad Europea Miguel de Cervantes para cada curso académico. Se abonará a la UEMC una vez superado el Máster.

### Formalización de la Solicitud

El impreso de solicitud junto con la documentación requerida: fotocopia DNI y Fotocopia Titulación Académica pueden entregarse personalmente en Psicodent en C/Príncipe de Vergara 253 Madrid previa cita (646 77 36 50), por fax (91 457 48 82) o por correo electrónico en la siguiente dirección: [masterdental@psicodent.org](mailto:masterdental@psicodent.org)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del solicitante.