



**1991  
2024**

*Fomentando a  
Terapia Familiar  
en Galicia*

## **SOLICITUDE DE INSCRICIÓN / SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

*Titulo do curso ou seminario / Título del curso ó seminario*

*Data / Fecha*

*Tipo de inscripción / Tipo de inscripción*

*Nome e apelidos / Nombre y apellidos*

*Endereço / Dirección*

*Localidade / Ciudad*

*Titulación universitaria / Titulación universitaria*

*Teléfono / Teléfono*

*Email / Email*

*Datos fiscais se solicita factura / Datos fiscales si solicita factura*

## **CONTA BANCARIA / CUENTA BANCARIA**

 **Titular**  
**ASOCIACIÓN DE TERAPIA FAMILIAR E MEDIACIÓN DE GALICIA**

 **Nº de conta / Nº de cuenta**  
**ES23 3070 0035 2063 1747 8326**

 **Teléfono:**  
**615 207 595**

En cumplimiento da Lei orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, informámoslle que os seus datos persoais serán incluídos na base de datos da Asociación de Terapia Familiar e Mediación de Galicia ante a cal poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación ou oposición solicitándoo por email a [secretaria@atfmgalicia.gal](mailto:secretaria@atfmgalicia.gal).

*Remitir esta ficha de inscripción xunto co xustificante de pago e a documentación requerida antes da data límite de recepción a:*

*Enviar esta ficha de inscripción junto con el justificante de pago y la documentación requerida antes de la fecha límite de recepción a:*

**[secretaria@atfmgalicia.gal](mailto:secretaria@atfmgalicia.gal)**

En cumplimiento de la Ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos personales serán incluidos en la base de datos de la Asociación de Terapia Familiar y Mediación de Galicia ante la cual podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición solicitándolo por email a [secretaria@atfmgalicia.gal](mailto:secretaria@atfmgalicia.gal).