



Escola de Patologia del Llenguatge  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

**BUTLLETÍ D'INSCRIPCIÓ - Boletín de inscripción**

Curs _____ Curso _____
---------------------------

Nom Nombre	1 Cognom 1 Apellido	2 Cognom 2 Apellido
Adreça Dirección		
Població Población	Codi Postal Código Postal	Telèfon Teléfono
Adreça correu electrònic Dirección correo electrónico	Data naixement Fecha nacimiento	Núm DNI Nº DNI
Titulació acadèmica Titulación académica		
Universitat Universidad		
Estudiant de (detallar estudis) Estudiante de (detallar estudios)	Universitat on cursa els estudis Universidad donde cursa los estudios	

**Sistema de pagament**

Mitjançant ingrés de l'import del curs en el compte:

Núm. compte: **2013-0692-87-0201603055**

Entitat Bancària: **Caixa Catalunya**

Titular compte: **Fundació Doctor Robert**

(és imprescindible posar el nom i cognom de l'alumne/a i el nom del curs)

Emplenar aquesta butlleta i remetre-la per fax al 93 291 90 78, juntament amb el resguard de l'ingrés de l'import del curs. No es considerarà formalitzada la matrícula en un curs fins haver rebut aquest comprovant de pagament.

**Sistema de pago**

Mediante ingreso del importe del curso en la cuenta:

Núm. cuenta: **2013-0692-87-0201603055**

Entidad Bancaria **Caixa Catalunya**

Titular cuenta: **Fundació Doctor Robert**

(es imprescindible poner el nombre y apellido del alumno/a y el nombre del curso)

Rellenar este boletín y remitirlo por fax al 93 291 90 78, junto con el resguardo del ingreso del importe del curso. No se considerará formalizada la matrícula en un curso hasta no haber recibido este comprobante de pago.