

Solicitud de Inscripción Adultos



ACADEMIC GLOBAL
NETWORK CONSULTANCY

Datos del Participante

Nombre:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Apellidos:	Fecha de nacimiento: (dd / mm / aaaa)	
País de Nacimiento:	Nacionalidad:	D.N.I.:
Domicilio:		E-mail:
Población:	Código Postal:	Provincia:
Tel. / Móv. 1:	Tel. / Móv. 2:	Profesión:
¿Cómo has conocido AGNC? (antiguo participante, familiar, internet, amigos, academia ...)		
¿Estudias un idioma en algún centro? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Nombre del centro:		
Persona de contacto en caso de emergencia:		Teléfono:

Conocimientos del Idioma: Principiante Elemental Intermedio-Bajo Intermedio Intermedio-Alto Avanzado

Problemas de salud* ¿Padeces o has padecido algún tipo de alergia, tratamiento médico o sigues alguna dieta especial? Sí No

*Cualquier tipo de trastorno o incidencia física o psíquica, así como su historial y tratamiento, debe ser notificado por escrito a AGNC. Del mismo modo, debe ser notificada por escrito cualquier otra circunstancia del participante que pueda afectar al desarrollo del programa.

Datos del Programa

País Destino:	Ciudad Destino:	Centro Educativo:	
Fecha de Inicio: (dd / mm / aaaa)	Nombre del Programa:	Nº. de Semanas:	Nº. Lecciones / Horas Semanales:
<input type="checkbox"/> En Familia:	<input type="radio"/> Hab. Compartida <input type="radio"/> Hab. Individual <input type="radio"/> Baño Privado	Régimen Alimenticio <input type="radio"/> A/D <input type="radio"/> M/P <input type="radio"/> P/C	
Otras Demandas:	<input type="radio"/> Fumador/a <input type="radio"/> Vegetariano/a <input type="radio"/> Sin Perros	<input type="radio"/> Sin Gatos <input type="radio"/> Sin Niños	
<input type="checkbox"/> En Residencia/Piso:	<input type="radio"/> Hab. Compartida <input type="radio"/> Hab. Individual <input type="radio"/> Baño Privado	<input type="checkbox"/> Sin Alojamiento	

Observaciones/Comentarios: _____

- Contratación Seguro de Anulación
- Contratación Seguro de Asistencia Médica
- Contratación Traslado Desde Aeropuerto de Destino Hasta el Alojamiento
- Contratación Traslado Desde Alojamiento de Destino Hasta el Aeropuerto

Datos de Facturación

Particular

Empresa: _____

CIF: _____ Dirección: _____

La solicitud de inscripción deberá ir acompañada de un depósito de 300€ en concepto de reserva. Para programas que superen los 4000€ consultar el importe de la reserva. Si desea contratar el seguro de anulación, el coste del mismo no está incluido en la reserva.

en _____ / ____ / ____
ciudad dd mm aaaa

Firma del participante
(Firmante declara haber leído, comprendido y aceptado las condiciones generales de AGNC que se adjuntan a esta solicitud)