

Completa este formulario de inscripción en el **Curso de Mediador de Seguros de Grupo A** y envíalo por email a **contacto@segurosred.es**.

Datos del alumno

Nombre	
Apellidos	
Cargo	
Empresa	
DNI	
Teléfono	
Email	
Dirección	
Código Postal	
Localidad	
Provincia	

Datos de facturación (rellenar si son diferentes a los completados anteriormente)

Nombre	
Apellidos	
Empresa	
Razón social	
CIF	
Teléfono	
Email	
Dirección	
Código Postal	
Localidad	
Provincia	

Autorizo
 Autoriza expresamente a la entidad SEGUROS RED NETWORKS, S.L. con domicilio en Domicilio social: C/ Río de Oro nº 10 4ºB 33209 Gijón (Asturias), Oficinas: c/Saavedra, nº 7 Entresuelo, departamento 10 33208 Gijón, C/ Casado del Alisal nº 7 1º D 28014 Madrid, de 33209 Gijón (Asturias), a la recogida y tratamiento de los datos de carácter personal de quien firma. Así mismo declara que se le ha informado convenientemente acerca de la tabla que se presenta en relación al derecho recogido en el art. 13 del RGPD.

Autorizo
 Autoriza expresamente a la entidad ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MEDIADORES DE SEGUROS con domicilio en Domicilio social DIRECCIÓN EN C/ Maldonado nº 41, Bajo B - 28006 Madrid), a la recogida y tratamiento de los datos de carácter personal de quien firma. Así mismo declara que se le ha informado convenientemente acerca de la tabla que se presenta en relación al derecho recogido en el art. 13 del RGPD.