

IMPRESO DE SOLICITUD DE TAQUILLA TITULACIÓN FISIOTERAPIA

NOMBRE	
APELLIDOS	
FACULTAD	FISIOTERAPIA
CURSO	
DOMICILIO	
DNI	
TELÉFONO	EMAIL

SOLICITA LA RESERVA DE (marque con una x)

TAQUILLA	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

FECHA SOLICITADA	DÍA	MES	AÑO
-------------------------	------------	------------	------------

ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS NORMAS DE USO

(marque con una x)

ACEPTO LAS NORMAS DE USO DE TAQUILLAS DE FISIOTERAPIA	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Fecha

SOLICITUD Nº

Taquilla asignada (a rellenar por la Dirección)		
	NÚMERO	FECHA
TAQUILLA		
FIANZA	20 EUROS	