

DATOS PERSONALES

Por favor, rellene los datos como aparecen en su DNI o pasaporte

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

Nacionalidad:

DNI:

Lugar de nacimiento:

Profesión:

N. pasaporte¹:

F. Expedición:

F. caducidad:

País expedición:

DATOS DE CONTACTO DEL PARTICIPANTE

Calle:

Número:

Piso:

Ciudad:

Provincia:

Código postal:

☎ Móvil: +

☎ Casa: +

☎ Otro: +

Skype:

@ Correo electrónico:

@

Persona de contacto en caso de emergencia:

Teléfonos de contacto ☎ Móvil: +

☎ Casa: +

☎ Otro: +

DATOS DEL PROGRAMA

Referencia²:

Nombre programa²:

País³:

Ciudad³:

Fecha de comienzo:

Fecha de final:

Duración:

Otras opciones de programa⁴:

DATOS DEL ALOJAMIENTO

¿Desea que Angarana reserve su alojamiento?:

Si es NO, no rellene este apartado

¿Fuma usted?:

Fecha de llegada:

Fecha de salida:

Duración:

Tipo de alojamiento y nombre⁵:

Referencia alojamiento⁵:

Tipo de habitación:

Baño privado:

Comidas:

Si desea compartir habitación con algún acompañante, indique su nombre y apellidos⁶

EXTRAS

Seguro de cancelación:

Seguro médico y viaje:

Si desea clases individuales, número de clases por semana:

Total clases individuales:

Traslados aeropuerto:

Otros extras:

¹ Para los españoles, sólo necesario si viaja fuera de la Unión Europea

² Referencia y nombre del programa como aparece en la WEB o en la información/presupuesto facilitado

³ En el caso de viajes a varios países o ciudades indicar el primer destino

⁴ Escriba otros programas en los que desea inscribirse, alguna característica especial no especificada en los datos que le pedimos (ejemplo: Programa combinado, etc.)

⁵ Escriba el nombre del alojamiento y la referencia como aparece en la WEB o en programa/presupuesto

⁶ La persona con la que comparta habitación deberá participar en algún programa del mismo centro y por la misma duración.

INFORMACIÓN IDIOMA

Debe indicar los datos del idioma del país de destino. Opcional VIAJES DE AVENTURA Y CAMPAMENTOS

Idioma:

Nivel de idioma:

Títulos oficiales de idioma:

INFORMACIÓN MÉDICA

Medical information

Alergias:

Dieta especial:

Escriba cualquier información: enfermedades, desórdenes alimenticios, trastornos psicológicos, medicación, que debamos conocer para su seguridad:

INFORMACIÓN ADICIONAL

Como nos ha conocido:

Código descuento:

PROGRAMAS PARA FAMILIAS: Escriba nombre y apellidos de los miembros de la familia que se matriculan en el programa:

FACTURACIÓN

Si desea que la factura se emita a nombre de alguna persona o entidad, indíquenos los datos:

NIF /CIF:

Razón social:

Domicilio fiscal:

ACEPTACIÓN

Declaro que los datos facilitados son correctos y haber leído las "Cláusulas contractuales generales de Adultos" y las particulares del programa elegido y las acepto en su totalidad.

Fecha:

Firma:

No olvide adjuntar una foto carné

Datos bancarios: Recuerde que en la transferencia deberá indicar los mismos datos del alumno al que corresponde la matrícula.

Angarana Global SL // ING Direct // IBAN: ES59 1465 0100 9419 0045 3376 // CÓDIGO BIC/SWIFT: INGDESMXXX