



shuniayoga

## FORMACIÓN HEALING HANDS 2021

### FICHA DE ALUMNO

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ ¿Cómo nos has conocido? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

DNI/Pasaporte/NIE: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Fecha matrícula: \_\_\_\_\_ Importe matrícula: \_\_\_\_\_

Nombre espiritual: \_\_\_\_\_

¿Cómo esta tu salud? \_\_\_\_\_

¿Alergias? \_\_\_\_\_

¿Lesiones? \_\_\_\_\_

¿Dolencias? \_\_\_\_\_

¿Has practicado en alguna ocasión algún tipo de Yoga? \_\_\_\_\_



shuniayoga

Sicilia, 236 bis.  
08013 / Sagrada Familia  
Barcelona, España

T. (+34) 93 265 89 26  
info@shuniayoga.com  
www.shuniayoga.com

## DATOS BANCARIOS

IBAN:	(ES +2 dígitos)
ENTIDAD:	(4 dígitos)
OFICINA:	(4 dígitos)
DIGITO CONTROL:	(2 dígitos)
CUENTA:	(10 dígitos)
*Rogamos atienda los recibos en su cuenta bancaria	

### Declaración:

Declaro mediante la presente que he leído y aceptado las condiciones especificadas en la página web de Shunia Yoga y en el programa de la Formación.

### Responsabilidad

Dentro de mi conocimiento no hay razón médica por la que no debería hacer esta Formación. Entiendo que las enseñanzas no constituyen consejo médico. Respetaré las limitaciones de mi cuerpo y mi sabiduría interior, si algo me hace sentir mal yo soy el responsable de abstenerme del mismo.

He declarado en la ficha de alumno toda condición crónica tal como presión alta, dolor de cuello, espalda, artritis, enfermedades del corazón y otras, en cualquier caso asumo la responsabilidad de buscar mi propio asesoramiento antes de la práctica en Shunia Yoga.

**Imprime la ficha de alumno, fírmala y entrégala en al recepción de Shunia Yoga!! O envíala por mail a [info@shuniayoga.com](mailto:info@shuniayoga.com)**

DOCUMENTO DE SEGURIDAD LOPD DE: SHUNIA YOGA, SL



### Cláusula obtención de consentimiento al recabar datos de Médicos clientes

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), consiento que mis datos sean incorporados a un fichero del que es titular SHUNIA YOGA, SL con la finalidad de prestarle la asistencia médica solicitada, realizar su gestión contable, fiscal y administrativa y poder proporcionarle información que consideremos pueda serle útil referente a nuevos tratamientos médicos. Asimismo, declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos en el domicilio de SHUNIA YOGA, SL sito en C/ SICILIA 236 BIS LOCAL - 08013 BARCELONA.

Fecha:

Firma:



Sicilia, 236 bis.  
08013 / Sagrada Familia  
Barcelona, España

T. (+34) 93 265 89 26  
[info@shuniayoga.com](mailto:info@shuniayoga.com)  
[www.shuniayoga.com](http://www.shuniayoga.com)