

VI CURSO MEDICINA REGENERATIVA CON LA APLICACIÓN DE CONCENTRADOS DE FACTORES DE CRECIMIENTO ACTIVADOS CON OZONO EN: MEDICINA ESTÉTICA, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA



NOMBRE: _____

PROFESIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

DIRECCIÓN TRABAJO: Calle: _____ No. Ext. _____ No. Int: _____

COLONIA _____ DELEGACIÓN _____ C.P. _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ PAÍS _____

DIRECCIÓN PARTICULAR: Calle: _____ No. Ext. _____ No. Int: _____

COLONIA _____ DELEGACIÓN _____ C.P. _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ PAÍS _____

TEL. TRABAJO: _____ FAX: _____

TEL. PARTICULAR: _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____ E-MAIL ALT.: _____

DATOS FISCALES: Razón Social: _____ Calle: _____

No. EXT. _____ No. INT. _____ COLONIA _____ DELEGACIÓN _____ C.P. _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ PAÍS _____ RFC _____

¿CUENTA CON EQUIPO DE OZONOTERAPIA?

SI TUVIERA EQUIPO DE OZONOTERAPIA, NOMBRE Y PAÍS DE LA COMPAÑÍA QUE LO PRODUJO: _____

¿DESDE QUÉ FECHA COMENZÓ A TRABAJAR CON OZONOTERAPIA? _____

¿LE INTERESA ADQUIRIR EQUIPO PARA OZONOTERAPIA?

¿POR QUÉ MEDIO SE ENTERÓ DE ESTE CURSO? _____