

29 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN OZONOTERAPIA

Culiacán, Sinaloa, México



HOJA DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN HOJA 1

Guarde el documento una vez llenado, en su PC y adjuntelo desde esta ubicación a su correo electrónico para que se visualicen los cambios.

NIVEL BÁSICO NIVEL INTERMEDIO NIVEL AVANZADO

NOMBRE: _____ No. pasaporte: _____

ESPECIALIDAD: _____ CED. PROF: _____ REG. SSA: _____

DIRECCIÓN CONSULTORIO: 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. CONSULTORIO: _____ FAX: _____

TEL. PARTICULAR: _____ CELULAR: _____

E-MAIL: _____ E-MAIL ALTERNATIVO: _____

PÁG. WEB: _____

DATOS FISCALES: Razón social: _____ Calle: _____

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

CIUDAD _____ ESTADO _____ PAÍS _____ RFC _____

¿CUENTA CON EQUIPO DE OZONOTERAPIA? SI NO

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? SI NO

¿POR QUÉ MEDIO SE ENTERÓ DEL PEOT? _____

Calle Descartes No. 466 Int. A Villa Universidad, Culiacán, Sinaloa, México. C.P. 80010
info@amazon.org.mx / www.amazon.org.mx / www.facebook.com/amazonMX

A V A L C U R R I C U L A R : 4 8 H O R A S