

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



AMOZON



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

NOMBRE: _____ No. pasaporte: _____

PROFESIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

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. TRABAJO: _____ 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 DE ESTE CURSO? _____