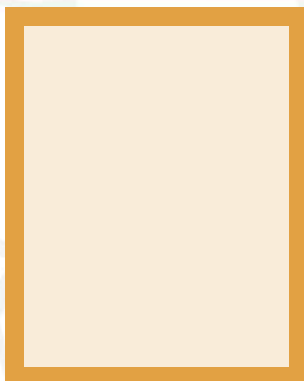




Culiacán, Sinaloa | 26 y 27 de septiembre de 2020



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.

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____

Especialidad: _____

Cédula Profesional: _____

Reg. SSA: _____

DIRECCIÓN CONSULTORIO:

Calle _____

No. Exterior _____

No. Interior _____

Colonia _____

Delegación _____

Código Postal _____

Ciudad _____

Estado _____

País _____

Tel. Consultorio: _____

Tel. Celular: _____

E-mail Consultorio: _____

Página Web: _____

DIRECCIÓN PARTICULAR:

Calle _____

No. Exterior _____

No. Interior _____

Colonia _____

Delegación _____

Ciudad _____

Estado _____

País _____

Código Postal _____

Tel. Particular: _____

E-mail Particular: _____

DATOS FISCALES:

Razón Social _____

Calle _____

No. Exterior _____

No. Interior _____

Colonia _____

Delegación _____

Código Postal _____

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 CURSO? _____