

36

19 - 24 DE FEBRERO DE 2023 PROGRAMA INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN **OZONOTERAPIA** MÉDICOS, ODONTÓLOGOS & VETERINARIOS



HOJA 1 REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

BÁSICO

INTERMEDIO

AVANZADO

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: _____

Especialidad: _____

Cédula Profesional: _____

Reg. SSA: _____

DIRECCIÓN CONSULTORIO: Calle: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____

Colonia: _____ 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: _____

DATOS FISCALES: Razón Social: _____ Calle: _____

No. Exterior: _____ No. Interior: _____ Colonia: _____ 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? _____