

# 37

Del 10 al 15 de septiembre 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 adjúntelo 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? \_\_\_\_\_

WHATSAPP  667 199 4609 | [amazon.org.mx](https://amazon.org.mx) 667 753 1584

AMOZONmx   
contacto@amazon.org.mx   
a.mexicanadeozonoterapia