

39

CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO 08 AL 13 DE SEPTIEMBRE 2024

PROGRAMA INTERNACIONAL
DE ENTRENAMIENTO EN
OZONOTERAPIAAMOZON
ASOCIACIÓN MEXICANA DE OZONOTERAPIA, A.C.

MÉDICOS, ODONTÓLOGOS & VETERINARIOS

HOJA 1
REGISTRO DE INSCRIPCIÓNBÁSICO 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? _____