

# 28 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN OZONOTERAPIA

Culiacán, Sinaloa, México



## HOJA DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN HOJA 1

NIVEL BÁSICO       NIVEL INTERMEDIO       NIVEL AVANZADO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. pasaporte: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ CED. PROF: \_\_\_\_\_ REG. SSA: \_\_\_\_\_

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. CONSULTORIO: \_\_\_\_\_ 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 DEL PEOT? \_\_\_\_\_