



Colegio Médico Dominicano Gimnasio

Mega sistema de pérdida de peso
Proceso de la composición corporal

Foto

Código No.

No llenar este espacio

Inscripción

Datos Personales

Nombres _____

Apellidos _____

No Carnét _____ Edad _____ Fecha de Nac. Dia. _____ Mes. _____ Año. _____

Cedula de identidad y Electoral _____ Fecha de inscripción _____

Lugar de Trabajo _____

Dirección

Calle _____

Sector _____ Ciudad _____

Tel. Res _____ Tel. Trab. _____ Cel. _____

En Caso de Emergencia llamar a:

Nombres _____

Apellido _____

Cedula de identidad y Electoral. _____

Dirección Calle _____ No. _____

Sector _____ Provincia _____

Tel. Res. _____ Tel. Trab. _____

Parentesco con el Médico _____

Médico Responsable de Ingreso:

Carnét No. _____ Tel. Res. _____ Tel. Trab. _____

Nombres _____

Apellidos _____

Cedula de Identidad y Electoral _____