



Formato de actualización

Por favor llene los siguientes campos:

NOMBRE COMPLETO

Nombre: _____

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

FECHA DE NACIMIENTO

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

DOMICILIO ACTUAL

Calle: _____

Colonia: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

CP: _____

País: _____

DATOS DE CONTACTO

Correo electrónico: _____

Teléfono fijo: _____

Celular: _____



PADECIMIENTOS

Por favor indicar su enfermedad actual: _____

FOTO

Mandar junto con este formato una fotografía suya actualizada.

Favor de mandar este formulario a: info@imradionica.com

Instituto Mexicano de Radiónica

www.imradionica.com

Política de Privacidad
<http://imradionica.com/aviso.html>