



UNIÓN DE ENFERMOS MISIONEROS –U.E.M.–

Teléfono: 22 23 67 49 Fax: 22 33 02 85

Boleta de Inscripción



Nombre y apellidos: _____

Dirección exacta: _____

Estado civil: _____ # Teléfono: _____

Edad: _____ Enfermedad: _____

Persona que inscribe: _____ Teléfono: _____

Email: ompcostarica@iglesiacr.org



UNIÓN DE ENFERMOS MISIONEROS –U.E.M.–

Teléfono: 22 23 67 49 Fax: 22 33 02 85

Boleta de Inscripción



Nombre y apellidos: _____

Dirección exacta: _____

Estado civil: _____ # Teléfono: _____

Edad: _____ Enfermedad: _____

Persona que inscribe: _____ Teléfono: _____

Email: ompcostarica@iglesiacr.org



UNIÓN DE ENFERMOS MISIONEROS –U.E.M.–

Teléfono: 22 23 67 49 Fax: 22 33 02 85

Boleta de Inscripción



Nombre y apellidos: _____

Dirección exacta: _____

Estado civil: _____ # Teléfono: _____

Edad: _____ Enfermedad: _____

Persona que inscribe: _____ Teléfono: _____

Email: ompcostarica@iglesiacr.org