



INCA HEALING SCHOOL

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Número:

Nivel: _____

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Núm.: _____ Interior: _____

Código Postal: _____ Ciudad: _____

País: _____ Ocupación: _____

Tel. fijo: _____ Tel. Móvil: _____

Correo electrónico: _____

Otras formaciones en Terapias Complementarias:

- _____ Nivel: _____
- _____ Nivel: _____
- _____ Nivel: _____

Desea formar parte de la escuela abierta Inca Healing School y recibir noticias y/o actualizaciones:

SI () NO () Necesito más Info ()

Firma conforme y fecha de hoy:

www.incahealing.org