Favor de llenar el siguiente formato con los datos de su MARCA/PRODUCTO/SERVICIO

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: |  |
| Título (Sr, Sra, Ing, Lic… etc) |  |
| Institución de Procedencia: |  |
| Puesto: |  |
| Teléfono fijo: |  |
| Teléfono móvil: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Página web: |  |
| Facebook: |  |
| Título propuesto de su ponencia/taller: |  |
| Breve reseña biográfica y profesional.  |  |
| Abstract de su Ponencia/Taller  |  |

Enviar este formato lleno a comite@medicinatradicional.mx

Y anexar las fotos de los productos en el correo.