



FECOMBOX

FEDERACION DE COMISIONES DE BOX PROFESIONAL
DE LA REPUBLICA MEXICANA

Servicios médicos

Nombre del Director _____
Domicilio _____
Ciudad _____
Teléfono _____ C.P. _____
E- mail _____ @ _____

Nombre del Sub Director _____
Domicilio _____
Ciudad _____
Teléfono _____ C.P. _____
E- mail _____ @ _____

Nombre del Auxiliar 1 _____
Domicilio _____
Ciudad _____
Teléfono _____ C.P. _____
E- mail _____ @ _____

Nombre del Auxiliar 2 _____
Domicilio _____
Ciudad _____
Teléfono _____ C.P. _____
E- mail _____ @ _____