

<Nome do Ministério >
< Email/Website/Facebook >
<Seu nome e número de telefone >

Programa- 10 dias de detox na comunidade

Data:

Nome completo:

Endereço:

Email:

Celular:

Idade:

Peso:

Date of Birth:

Religious Affiliation:

Career and Education:

How did you hear about us?

Please provide a list of:

1. Condições médicas :

2. Medicamentos atuais:

(recomendamos que você continue com seus medicamentos e seus profissionais de saúde podem fazer ajustes de acordo)

3. Alergia a comida :

4. Sensibilidade a alimentos:

Informações adicionais :

<Nome do Ministério> fornece-lhe os princípios de estilo de vida que lhe darão a base para um bom programa de desintoxicação. É nosso mais sincero desejo que sua experiência conosco seja positiva e transformadora. Esperamos que nossas palestras sobre saúde, pensamentos inspiradores e sessões de perguntas e respostas ao vivo de 30 minutos no Zoom sejam benéficas para sua vida e para outras pessoas, à medida que você compartilha os princípios que aprendeu.

Nós lotamos rapidamente, por isso será bom reservar seu lugar o mais rápido possível, enviando seu pagamento de US\$ 1.000 para <Endereço do Ministério>. Os reembolsos estão disponíveis **SOMENTE 2** semanas antes do início do programa.

Por favor, envie sua inscrição para: <E-mail do Ministério>
Pagamento (a forma que o seu país usar)

Este programa não se destina a doenças renais avançadas, insuficiência cardíaca congestiva avançada ou gravidez.