

Associação Baiana de Medicina Natural e Preventiva (ABMNP)
Curso Superior Sequencial de Naturopatia Clínica Científica

Registrado no Cartório de Títulos e Documentos, da Comarca de Juazeiro-Ba, sob nº 13.642

Super-Promoção para o Curso Superior: R\$ 1.600,00 – Inscreva 5 pessoas, e você ganha 1.000,00
Os Cursos abaixo, de **Especialização Terapêutica de Extensão Universitária**, terão Certificados chancelados pela
Universidade Internacional Educa-Ler.

Especialização - Investimento: R\$ 499,90 – pagamento à vista, pelo PIX: 74 9 9144 8366 – Wilson Dias da Silva

**Cursos de Pós-Graduação, e de Especialização Terapêutica com Extensão Universitária,
ou de Formação Profissional em:**

1 – PRÁTICAS DE DIAGNOSE E TERAPIAS SOBRE OS PONTOS DE ENERGIA DO CORPO – Curso de Especialização Terapêutica de Extensão Universitária. Através deste Curso, o estudante vai aprender como diagnosticar e tratar Enfermidades Diversas mediante a manipulação das dezenas de pontos energéticos espalhados pelo corpo humano.

2 – IRIDOLOGIA CLÍNICA E LABORATORIAL - formação básica em Iridologista profissional. Os iridólogos serão habilitados pelo Sindicato da Classe para abrir consultórios como terapeutas.

3 – AURICULOTERAPIA CLÍNICA – formação profissional em Acupuntura Auricular.

4 – CURSO PARA TERAPEUTA SOCORRISTA – um Curso composto de Práticas Integrativas e complementares com Técnicas de Primeiros Socorros, ligadas sempre à Saúde Natural.

5 – QUIROPRÁTICA – formação em Quiropraxia Básica para alinhamento da Coluna Vertebral.

Segue abaixo a **Ficha de Inscrição**, para qualquer Curso, para você preencher e enviar para o nosso **WhatsApp**: (74) 9 9144-8366; e via **E-mail**: naturopatawilsondias@gmail.com

FICHA DE INSCRIÇÃO

INSCRIÇÃO NO CURSO DE: _____

MEU NOME: _____ **: Idade:** _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ **Cep:** _____ **UF** _____

FILIAÇÃO: _____

ESTADO CIVIL: _____ **ATIVIDADE:** _____

NASC: ____/____/____; **RG:** _____; **CPF:** _____

WhatsApp: _____; **E-mail:** _____

ESCOLARIDADE: _____; **DATA:** ____/____/____

OBSERVAÇÃO:

- Tomei conhecimento deste Curso por intermédio de: _____

Assinatura do Candidato: _____

ATENÇÃO: O Candidato não deve efetuar nenhum pagamento agora. Você apenas deve imprimir essa Ficha e, após digitalizar, deverá enviá-la, em PDF, para o **WhatsApp**:

- (74) 9 9144-8366 de Dr. Wilson Dias, se for Curso de Especialização Terapêutica.

Em se tratando do Curso Superior Sequencial, deve enviar a Ficha para o **WhatsApp**:

- (75) 9 8166-0082 de Dr. Albertino Alves, para sua aprovação, registro e elaboração do programa de pagamentos.