

REGISTRO REPASO CCS

— INFINITY HIM CONSULTING —



FORMA DE REGISTRO

Para uso de Infinity HIM Consulting

Número de Registro:

Fecha:

<input type="text"/>							
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Regular VIP ONLINE

Firma del Personal que recibe el registro: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre Completo :

Lugar de Trabajo : Fecha estimada :
para el examen

Puesto que ocupa :

Certificaciones : CCA RHIA RHIT AAPC # Lic o ID:
Previas

¿Cuál? : Código Postal :

Dirección : Pueblo/Estado :

E-Mail :

Vegano o vegetariano: Si No Género : Mujer Hombre

Autorizo a Infinity HIM Consulting, obtener mi correo electrónico para enviarme información importante sobre la profesión, oportunidades de empleos, fechas de los próximos repasos y temas innovadores sobre los profesionales de Información de Salud.

Firma: _____

Información a contactar:
leslie.padin@infinity-him.com
info@infinity-him.com
www.infinity-him.com
939--284-1465

Leslie Padín
Presidenta
Infinity HIM Consulting

THANK YOU FOR YOUR INFORMATION

Este documento es utilizado estrictamente para el registro y la autorización que ofreció el/la candidato/a con Infinity HIM Consulting. Este documento es utilizado unicamente por Infinity HIM Consulting.