

FORMATO PAGO EN TIENDAS

40 % DESCUENTO ONICOMICOSIS

Costo cupòn \$500.00 m.n.



Dictarle al cajero el Numero de tarjeta y el Importe

numero tarjeta: 4658 2859 0842 5550



NOMBRE : _____

Correo Electronico: _____

celular : _____

Tratamiento : **onicomicosis**

enviar a :bodylaserclinicspa@hotmail.com