DATOS PARA EL CATALOGO OFICIAL
OFICIAL FAIR CATALOGUE

Firma Expositora / Exhibiting Company: **UNIDAD CENTRAL DE COOPERACION MÉDICA**

Dirección Casa Matriz: **CARRETERA CUJAE KM 2 ½ MUNICIPIO MARIANAO**

Ciudad / City: **LA HABANA** País / Country: **CUBA**

Teléfono/ Telephone: **2650813** Fax: _____

Correo Electrónico / E-mail Address: **subdireccion@uccm.sld.cu**

Pag WEB / WEB Site: _____

REPRESENTACION EN CUBA / REPRESENTED IN CUBA:

REGLA LUZ ANGULO PARDO

Dirección / Address: **5TA Y 170 VILLA FLORES PLAYA**

Teléfono / Telephone: Fax: **2624473 / (53) 52798725**

Correo Electrónico / E-mail Address: **direccion@uccm.sld.cu**

Pag WEB / WEB Site: _____

Productos y/o servicios de su empresa / Your company´s products and/or services:

_____
_____
_____
_____
_____

Otras firmas representadas en su stand:

FIRMA/COMPANY	PAIS/COUNTRY	PRODUCTOS/PRODUCTS