

**DATOS PARA EL CATALOGO OFICIAL
OFICIAL FAIR CATALOGUE**

Firma Expositora / Exhibiting Company: **MEDICAL MINDMAX**

Dirección Casa Matriz: **Calle Elvira Méndez No. 10 Último piso**

Ciudad / City: **Panamá**

País / Country: **República de Panamá**

Teléfono/ Telephone: **537 2040993**

Fax: _____

Correo Electrónico / E-mail Address: **sales@mindmax-medical.com**

Pag WEB / WEB Site:

REPRESENTACION EN CUBA / REPRESENTED IN CUBA:

Dirección / Address: **Mindmax Medical Solutions S.A. (Representaciones Platino S.A.)**

Teléfono / Telephone: **2040993**

Fax: _____

Correo Electrónico / E-mail Address: **sales@mindmax-medical.com**

Pag WEB / WEB Site: _____

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

Kit de diagnostico rápido para detectar enfermedades.

Otras firmas representadas en su stand:

<u>FIRMA/COMPANY</u>	<u>PAIS/COUNTRY</u>	<u>PRODUCTOS/PRODUCTS</u>
Standard Diagnostics, Inc.	República de Corea	Kit de diagnostico rápido