

# ¡PRESENTANDO EL PASAPORTE DE RESTAURANTES MEXICANOS STL!

## DOCUMENTO PARA PARTICIPANTES:

Nombre del restaurante: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

Nombre y número de contacto: \_\_\_\_\_

Descuento con el que gustas participar (no menos de \$10):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Restricciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Gustarías materiales publicitarios para promover tu participación?:

\_\_\_ Si      \_\_\_ No

¿Gustarías ser un anfitrión para nuestro evento especial en diciembre?:

\_\_\_ Si      \_\_\_ No

**Gracias** por llenar esta forma. Estaremos en contacto.

*Carrie Warren, IFM Community Medicine, 314-805-1502 or [carrie@ifm-stl.org](mailto:carrie@ifm-stl.org).*