

FORM per i Direttori sanitari della ASL/Ospedale.

Chiediamo di rispondere alle domande sulla sua struttura e indicare i reparti che praticano la intradermo terapia distrettuale (mesoterapia)

ASL / Ospedale : _____
 Indirizzo Asl/ Ospedale : _____
 Cap : _____ Città _____ Prov: _____
 Direttore Sanitario (nome e cognome) : _____
 E - mail _____
 Recapito telefonico - Diretto : _____ Cellulare : _____

NELLA VOSTRA STRUTTURA SI PRATICA MESOTERAPIA? SI NO

Indicare il REPARTO e PRESIDIO ove la tecnica è applicata

Nro	REPARTO in cui si pratica la mesoterapia	Presidio Ospedaliero di appartenenza	Indirizzo	Città e Prov	CAP	Ambiti di applicazione della Intraidermo terapia						Nel reparto si applica l'agopuntura nell'ambito della medicina del dolore?		
						1) Terapia del dolore	Se Sì, l'ambito è in Regime di rimborsabilità?	2) Medicina Estetica	Se Sì, l'ambito è in Regime di rimborsabilità?	3) Vaccinoterapia intradermica	Se Sì, l'ambito è in Regime di rimborsabilità?	Altro, specificare	Agopuntura	Se Sì, l'ambito è in Regime di rimborsabilità?
1						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

GARANZIA DI RISERVATEZZA (Dlgs 196/2003)

- Vi informiamo che i dati personali raccolti sono utilizzati unicamente allo scopo di gestire il presente Censimento
- I dati personali non saranno comunque oggetto di comunicazione e/o diffusione a terzi al di fuori degli obblighi di legge e contrattuali e saranno trattati dal ns. incaricati con l'ausilio di supporti informatici e/o cartacei idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza
- Titolari del trattamento in parola è Centro Consulenze e Luma/OkMedico facenti parti del Network PLS Group (con sede in Firenze, Via della Mattonaia, 17), in qualità di ente organizzatore.
- Potrete in qualsiasi momento esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7 del Dlgs 196/03 scrivendo o telefonando presso le ns. sedi.
- Previo Vs. consenso esplicito, potremmo inviarVi in futuro informazioni commerciali attinenti ad altri seminari o corsi del medesimo genere.

Autorizzo l'invio di informazioni scientifiche da parte della Società Italiana di Mesoterapia
 SI
 NO Firma: _____

Presto altresì il consenso alla comunicazione dei miei dati personali a Società terze operanti nell'ambito sanitario (comprese aziende farmaceutiche).
 Autorizzo queste ultime ad inviarmi materiale informativo e/o promozionale.

SI
 NO Firma: _____



Centro Consulenze Srl a Socio Unico
 Via della Mattonaia, 17 - 50121 Firenze - Tel. +39 055 2462.1
 Fax +39 055 2462223 - e-mail: info@centroconsulenze.com

Il seguente schema può essere inviato ai seguenti contatti:

E-mail : ennio.sarli@centroconsulenze.com

Fax: 055/2462223

Posta Prioritaria : Centro Consulenze via della Mattonaia, 17 50121 Firenze specificando sulla busta Censimento SIM