

**FORM per utente OK Medico**  
**Chiediamo di rispondere alle domande sulla pratica della mesoterapia**

Nome e Cognome :		Specializzazione :	
Indirizzo Professionale			
Cap :	Città		Prov:
E - mail :	Recapito telefonico - Diretto :		Cellulare :

PRATICA LA MESOTERAPIA?  SI  NO

SE SI LA PREGHIAMO DI INDICARE GLI AMBITI PROFESSIONALI

Nro	DOVE PRATICA LA MESOTERAPIA?	Denominazione	Indirizzo	Città e Prov	CAP
1	AMBULATORIO OSPEDALIERO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
2	CLINICA PRIVATA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
3	STUDIO PRIVATO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
4	ALTRO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

Se SI INDICARE AMBITI TERAPEUTICI DI APPLICAZIONE						
1) Terapia del dolore	Se SI, l'ambito è in Regime di rimborsabilità?	2) Medicina Estetica	Se SI, l'ambito è in Regime di rimborsabilità?	3) Vaccinoterapia intradermica	Se SI, l'ambito è in Regime di rimborsabilità?	Altro, specificare
<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	<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	<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	

Nella struttura si applica l'agopuntura nell'ambito della medicina del dolore?	
Agopuntura	Se SI, l'ambito è in Regime di rimborsabilità?
<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 dai 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 atinenti 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: \_\_\_\_\_



Il seguente schema può essere inviato ai seguenti contatti:

E-mail : [ennio.sarli@centroconsulenze.com](mailto:ennio.sarli@centroconsulenze.com)

Fax: 055/2462223

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



**Società Italiana di Mesoterapia**



FONDAZIONE  
 Pioho Procerchi  
*comprendere e curare il dolore*

