

Per aderire all'iniziativa "Medici Sentinella" stampa questa pagina, compila i campi ed inviala via fax al numero 0817614387.

Nome e cognome:

---

Indirizzo dello studio:

---

Recapito email presso il quale si desidera ricevere la documentazione (protocollo, lettere informative, ecc.)

---

Recapito telefonico fisso e mobile per comunicazioni sui dati di sorveglianza e gli orari preferibili:

---

Numero totale di pazienti assistiti iscritti:

---

Ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali", si precisa che le informazioni che verranno inviate all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Napoli verranno utilizzate solo ed esclusivamente ai fini dell'istituzione del servizio di "vigilanza sanitaria" di cui è oggetto il presente documento.

Firma

Napoli, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

---