

SCHEDA DI ADESIONE

DA INVIARE VIA MAIL ALL'INDIRIZZO fimmg@cardionlineeurope.com

ITER PROCEDURALE

IL MEDICO:

- seleziona il campo con la tipologia di appartenenza: Medicina di Gruppo, Medico in Rete o Medico Singolo
- compila tutti i campi con i relativi dati (il modello è editabile)
- invia il modulo di adesione* al progetto FIMMG Telecardiologia all'indirizzo fimmg@cardionlineeurope.com

(*non sarà necessaria la firma autografa, basterà solo indicare il nome ed il cognome del Medico Compilatore)

CARDIO ON LINE EUROPE:

- invia tramite posta elettronica l'offerta in convenzione ed i contratti che dovranno essere compilati, firmati* e inoltrati via mail
- contatta negli orari concordati lo Studio Medico per l'espletamento di tutte le procedure burocratiche indispensabili dall'attivazione del servizio (consegna apparecchio, attivazione codice, corsi di formazione, informazioni varie)

NB SARANNO ATTIVATI SOLO I PRIMI 300 STUDI MEDICI CHE AVRANNO INVIATO LA SCHEDA DI ADESIONE. FARA' FEDE LA DATA DI ARRIVO

MEDICINA DI GRUPPO

INTESTAZIONE _____ INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTA' _____

TEL _____ FAX _____ CELL _____ EM@IL _____ POSTA PEC _____

RESPONSABILE: DOTT. _____ CELL _____ EM@IL _____ ORA CONTATTO _____

NOMINATIVI MEDICI MEDICINA DI GRUPPO

- | | | | | |
|----------------|-----------|-----------|------------|-------------|
| 1. DOTT. _____ | TEL _____ | FAX _____ | CELL _____ | EM@IL _____ |
| 2. DOTT. _____ | TEL _____ | FAX _____ | CELL _____ | EM@IL _____ |
| 3. DOTT. _____ | TEL _____ | FAX _____ | CELL _____ | EM@IL _____ |
| 4. DOTT. _____ | TEL _____ | FAX _____ | CELL _____ | EM@IL _____ |
| 5. DOTT. _____ | TEL _____ | FAX _____ | CELL _____ | EM@IL _____ |
| 6. DOTT. _____ | TEL _____ | FAX _____ | CELL _____ | EM@IL _____ |

MEDICO IN RETE

DOTTORE _____ INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTA' _____

CELL _____ TEL _____ FAX _____ P. IVA _____

EM@IL _____ POSTA PEC _____ ORA PREFERENZA CONTATTO _____

MEDICO SINGOLO

DOTTORE _____ INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTA' _____

CELL _____ TEL _____ FAX _____ P. IVA _____

EM@IL _____ POSTA PEC _____ ORA PREFERENZA CONTATTO _____

LUOGO E DATA: _____ / _____ / _____

NOME E COGNOME DEL MEDICO*

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93