

MODULO RICHIESTA ACCREDITO RICERCA SCIENTIFICA

Il Sottoscritto/a, _____

Specializzato in, _____

Zona esercizio attività, _____ Provincia, _____

Recapito telefonico, _____ E-mail, _____

Target Pazienti / Patologie, _____

CHIEDE

Di essere inserito nel programma di Ricerca Scientifica relativa alla R.ieducazione P.osturale e A.ntalgica della Specialistica di Farma Le Muse.

Luogo e data

Firma