



A I P P O

ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGI
OSPEDALIERI

STARTUP
meeting



REGISTRO ITALIANO
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

REG.I.RE

SCHEDA RACCOLTA DATI CENTRI PARTECIPANTI

Da restituire via fax al n. **02/36590360**

Centro _____

Divisione _____

Indirizzo _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. di reparto _____

Responsabile _____

Cell. _____ E-mail _____

Collaboratori di reparto

Cognome e Nome _____

Cell. _____ E-mail _____

Cognome e Nome _____

Cell. _____ E-mail _____

Cognome e Nome _____

Cell. _____ E-mail _____

INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della normativa sulla Tutela dei Dati personali (L. 675/96 e successive modifiche ed integrazioni e in conformità al decreto legislativo 196/2003 in vigore dal 1° gennaio 2004), autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità relative a REG.I.RE - Registro Italiano Insufficienza Respiratoria.

Data _____ Firma _____