



***** MODULO RICHIESTA ATTIVAZIONE PACCHETTO *****

Io sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

NATO IL _____ A _____

AZIENDA _____

FILIALE/SERVIZIO/CANTIERE _____

TELEFONO _____ MAIL _____

con la presente sono a comunicare che intendo eseguire il “pacchetto prevenzione cardiovascolare completa”

Chiedo che la prestazione, da eseguire entro il mese di ottobre/novembre 2017, venga effettuata presso la struttura selezionata:

Parma

Medi Saluser- Via Verdi, 27/A

Roma

GRUPPO USI sedi di:

Via Macchiavelli, 22

Via Cerulli, 2/b

Via C. Colombo, Km.

Via Casilina, 1838

V.le Marco Poli, 41

Via dei Durantini, 362

Via P. di Dono, 9

V.le Marconi, 139

Trieste

Casa di Cura Salus - Via Bonaparte, 4/6

Piacenza

Poliambulatorio Galleana - Via Amedeo Silva, 10



Milano

Centro Medico Santagostino sedi di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Piazza Santagostino, 1 – Milano | <input type="checkbox"/> Via P. Castaldi, 6 - Milano |
| <input type="checkbox"/> Via Gorizia, 23 - Sesto San Giovanni | <input type="checkbox"/> Viale Lucania, 6 - Milano |
| <input type="checkbox"/> Via Mercadante, 16/2 - Cologno Monzese | <input type="checkbox"/> Foro Buonaparte, 70 - Milano |

Data _____

Firma _____