



Cognome:	<input type="text"/>	sexso	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Nome:	<input type="text"/>			
Indirizzo:	<input type="text"/>	Cap	<input type="text"/>	
Comune	<input type="text"/>	Prov:	<input type="text"/>	
Nato a	<input type="text"/>	Nato il	<input type="text"/>	
C.F. :	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>	
Sito web :	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>			
Cellulare:	<input type="text"/>			

Società a cui si è iscritti: _____

Specializzazioni: _____

Curriculum medico breve :

Barrare i trattamenti che vengono praticati dallo specialista :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Epilazione Laser | <input type="checkbox"/> Capillari gambe-corpo | <input type="checkbox"/> Varici arti inferiori |
| <input type="checkbox"/> Rimozione Tatuaggi | <input type="checkbox"/> Cicatrici - Acne | <input type="checkbox"/> Verruche |
| <input type="checkbox"/> Cheratosi | <input type="checkbox"/> Psoriasi | <input type="checkbox"/> Angiomi |
| <input type="checkbox"/> Tumori cutanei benigni | <input type="checkbox"/> Ringiovanimento non ablativo | <input type="checkbox"/> Vitiligine |
| <input type="checkbox"/> Macchie cutanee | <input type="checkbox"/> Ringiovanimento ablativo | <input type="checkbox"/> Flebologia e Agiologia |
| <input type="checkbox"/> couperose | <input type="checkbox"/> Ringiovanimento non invasivo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Capillari Viso | <input type="checkbox"/> Nevi Melanocitici | <input type="checkbox"/> |
- _____
- _____

Laser e Tecnologie biomediche posseduti :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ND Yag - Impulso Lungo
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Luce pulsata intensa
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Radiofrequenza monopolare
Ditta produttrice:.....
Modello:..... |
| <input type="checkbox"/> Q-Switched (1064)
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Luce pulsata con radiofrequenza
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Radiofrequenza bipolare
Ditta produttrice:.....
Modello:..... |
| <input type="checkbox"/> Q-Switched (532) (585)
.....
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Alessandrite
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Dye Laser
Ditta produttrice:.....
Modello:..... |
| <input type="checkbox"/> Q-Switched (755)
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Luce pulsata
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Eccimeri
Ditta produttrice:.....
Modello:..... |
| <input type="checkbox"/> CO ₂ frazionato
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Diodo (940)
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Fraxel
Ditta produttrice:.....
Modello:..... |
| <input type="checkbox"/> CO ₂ (ultrapulsato- superpulsato)
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Diodo (810)
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Laser frazionale
Ditta produttrice:.....
Modello:..... |
| <input type="checkbox"/> Erbium
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Diodo (910)
Ditta produttrice:.....
Modello:..... |
Ditta produttrice:.....
Modello:..... |
| <input type="checkbox"/> KTP 532
Ditta produttrice:.....
Modello:..... | <input type="checkbox"/> Diodo.....
Ditta produttrice:.....
Modello:..... |
Ditta produttrice:.....
Modello:..... |

Indicare dove vengono eseguite le visite _____

Struttura sanitaria:

- Pubblica / Privata
 Amb / DS / H / Uni

Indirizzo

Città

Indirizzo E-mail

Sito Web

Telefono Studio

Telefono abitazione

Cellulare

Consento il trattamento dati Legge n. 196/2003

***Dichiaro di aver letto, compreso ed accettato lo Statuto dell'AMI LASER HI-TECH.
Congiuntamente alla domanda verserò in contanti la quota di iscrizione di 50,00€ (cinquanta)
relativa all'anno 2013/14.***

Data _____

Firma _____