



Cognome:

Nome:

Indirizzo:

Comune:

Nato a:

C.F. :

Sito web :

E-mail:

Cellulare:

Sesso M F

Cap:

Prov:

Nato il:

Telefono:

Fax:

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 _____