

RICHIESTA INSERIMENTO CENTRO

Con la presente, si richiede l'accesso al Registro Sicve per la seguente struttura:

Denominazione:

Tipo Struttura:

Ospedaliero

Universitario

Clinica accreditata

Dirigente:

Indirizzo:

Città:

Telefono:

E-mail:

Medico referente:

Luogo e data _____

Firma del dirigente