



## Richiesta di Inserimento nel Portale OculistiLaser

Affinchè il nostro staff possa valutare il Suo Curriculum, è necessario compilare il seguente questionario informativo in ogni sua parte cercando di fornire maggiori informazioni possibili.

**Una volta compilato e firmato il modulo, dovrete inviarlo a questo n. di Fax 02-700554123** e dopo che il nostro personale avrà analizzato la vostra richiesta, sarete ricontattati telefonicamente.

### Barrare i difetti della vista che vengono curati :

- Miopia                       Ipermetropia                       Astigmatismo  
 Presbiopia                       Altro : \_\_\_\_\_

### Barrare le tecniche che vengono utilizzate :

- Tecnica LASIK                       Tecnica LASEK  
 Tecnica PRK                       Tecnica EPI-LASIK

### Servizio di Convenzione per i pazienti provenienti da OculistiLaser.it :

- Accetto di fornire ai pazienti provenienti dal portale delle condizioni economiche di favore rispetto alle condizioni applicate generalmente agli altri pazienti.

**(NB. Gli Oculisti che aderiscono all'iniziativa avranno maggiore visibilità all'interno del sito)**

### Tipologia di Laser Posseduto :

\_\_\_\_\_ - Utilizzo Laser dall'anno :

### Indicare Provincia/e dove vengono eseguite Visite ed Interventi :

### Società a cui si è iscritti :

Indicare gli Orari Ambulatoriali in cui è possibile essere contattati dai pazienti:

**Mattino**

**Pomeriggio**

<b>Lunedì</b>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>
<b>Martedì</b>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>
<b>Mercoledì</b>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>
<b>Giovedì</b>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>
<b>Venerdì</b>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>
<b>Sabato</b>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>	Dalle	<input type="text"/>	Alle	<input type="text"/>

\* campi obbligatori

**Dati Anagrafici Oculista**

**Nome Oculista \***

**Indirizzo Studio \***

**Città \***

**Provincia \***

**Ordine dei Medici di : \***

**Specialità : \***

**Anno di Specialità : \***

**Indirizzo Email \***

**Sito Web**

**Telefono Studio \***



**Consento il trattamento dati Legge n. 196/2003**

**Firma del Medico**

---