

Autorizzazione a pubblicare i propri dati professionali sul sito web di LymphoSuisse

Per tornare

- via e-mail: info@lymphosuisse.ch
- via fax: +41213140761
- per poste: LymphoSuisse
c/o Service d'angiologie
Ch. de Mont-Paisible 18
CH-1011 Lausanne

Titolo

Cognome Nome

Studio privato

Indirizzo

N. P Località

Regione..... Cantone.....

Telefono..... Fax

E-mail.....

Professione

Livello di formazione (allegare certificati o diplomi)

- Formazione di base sul DLM
- Terapeutici (DLM + bendaggi)
- Terapeutici avanzati (DLM + bendaggi + formazione continua)
- CAS Angio (Certificato di studi avanzati)
- Infermiere specializzato nella cura delle ferite
- Infermiere specializzato:.....
- Tecnico ortopedico, formazione specifica per calze a trama piatta
- Medico di medicina generale
- Angiologo
- Specialista:
- Altro:

Preso in carico del lipedema:

Servizio a domicilio:

Rimborsato dall'assicurazione di base:

Rimborso da parte dell'assicurazione complementare:

Firmando, dichiaro che le informazioni sopra riportate sono veritiere e autorizzo la pubblicazione dei miei dati di contatto sul sito web di LymphoSuisse.

Data Firma