



All' ATS di BRESCIA
Direzione Sanitaria
Servizio Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi, 15
BRESCIA (BS)
e-mail: PianiTerapeutici@ats-brescia.it

RICHIESTA NUOVO UTENTE RETE ATS PIANI TERAPEUTICI

Il sottoscritto Dr. _____

(indicare nome e cognome)

Codice Fiscale _____ dipendenti di:

ASST

Ospedale Classificato

Casa di Cura Privata Accreditata

I.R.C.C.S

(indicare per esteso il nome della Struttura Ospedaliera)

in servizio presso il Presidio di _____

in qualità di Medico specialista in _____

Referente Nota n. _____

(da indicare solo a cura dei Referenti per la Nota individuati dalla Struttura)

Tel.: _____ Fax: _____

Indirizzo di posta elettronica: _____

(da compilare obbligatoriamente)

CHIEDE

il nome Utente e la password

Si impegna a comunicare eventuali variazioni

Data, _____

(timbro e firma)

Validato dalla Direzione Sanitaria

Data _____

(timbro e firma)