

9/49

(Allegato alla circolare A.S.SOFARM. n.006 del 18 gennaio 2013 da rinviare compilato in tutte le sue parti ad assofarm@assofarm.it oppure al numero di fax 06.48976639)

Adesione al Progetto PREVEDI, il valore dell'informazione sanitaria

Gentile A.S.SO.FARM.
desidero avere ulteriori informazioni in merito al progetto PreveDi ritenendomi interessato a partecipare

Nome e Cognome del Responsabile	
Nome dell'Azienda	
Numero di Farmacie afferenti a detta Azienda	
Località su cui ricadono le Farmacie	
Recapito telefonico	
e-mail	
Ritiene che le Farmacie afferenti alla sua Azienda siano dotate di:	
• Bilancia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Metro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Misuratore pressione arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Misuratore di Glicemia attraverso sangue capillare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Misuratore di Colesterolo attraverso sangue capillare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Misuratore di Trigliceridi attraverso sangue capillare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>