



Cognome:

Nome:

Indirizzo:

Comune:

Nato a:

C.F. :

Sito web :

E-mail:

Cellulare:

sexso M F

Cap:

Prov:

Nato il:

Telefono:

Fax:

Società a cui si è iscritti: _____

Specializzazioni: _____

Curriculum medico breve :

Barrare i trattamenti che vengono praticati dallo specialista :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Epilazione Laser | <input type="checkbox"/> Capillari gambe-corpo | <input type="checkbox"/> Varici arti inferiori |
| <input type="checkbox"/> Rimozione Tatuaggi | <input type="checkbox"/> Cicatrici - Acne | <input type="checkbox"/> Verruche |
| <input type="checkbox"/> Cheratosi | <input type="checkbox"/> Psoriasi | <input type="checkbox"/> Angiomi |
| <input type="checkbox"/> Tumori cutanei benigni | <input type="checkbox"/> Ringiovanimento non ablativo | <input type="checkbox"/> Vitiligine |
| <input type="checkbox"/> Macchie cutanee | <input type="checkbox"/> Ringiovanimento ablativo | <input type="checkbox"/> Flebologia e Agiologia |
| <input type="checkbox"/> couperose | <input type="checkbox"/> Ringiovanimento non invasivo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Capillari Viso | <input type="checkbox"/> Nevi Melanocitici | <input type="checkbox"/> |

Laser e Tecnologie biomediche posseduti :

<input type="checkbox"/> ND Yag - Impulso Lungo Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Luce pulsata intensa Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Radiofrequenza monopolare Ditta produttrice:..... Modello:.....
<input type="checkbox"/> Q-Switched (1064)..... Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Luce pulsata con radiofrequenza Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Radiofrequenza bipolare Ditta produttrice:..... Modello:.....
<input type="checkbox"/> Q-Switched (532) (585) Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Alessandrite Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Dye Laser Ditta produttrice:..... Modello:.....
<input type="checkbox"/> Q-Switched (755)..... Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Luce pulsata Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Eccimeri Ditta produttrice:..... Modello:.....
<input type="checkbox"/> CO ₂ frazionato Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Diodo (940) Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Fraxel Ditta produttrice:..... Modello:.....
<input type="checkbox"/> CO ₂ (ultrapulsato- superpulsato) Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Diodo (810) Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Laser frazionale Ditta produttrice:..... Modello:.....
<input type="checkbox"/> Erbium Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Diodo (910) Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Ditta produttrice:..... Modello:.....
<input type="checkbox"/> KTP 532 Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Diodo..... Ditta produttrice:..... Modello:.....	<input type="checkbox"/> Ditta produttrice:..... Modello:.....

Indicare dove vengono eseguite le visite _____

Struttura sanitaria:

- Pubblica / Privata
 Amb / DS / H / Uni

Indirizzo

Città

Indirizzo E-mail

Sito Web

Telefono Studio

Telefono abitazione

Cellulare

Consento il trattamento dati Legge n. 196/2003

Dichiaro di aver letto, compreso ed accettato lo Statuto dell'AMI LASER HI-TECH.

Per iscriversi ad AMIHITECH è necessario pagare la quota associativa annuale di **euro 50,00** in contanti o tramite bonifico bancario ad AMI HITECH Via Giuseppe Flamini, 6 06135 Perugia, codice **IBAN: IT 26 C 05387 69240 000042108473**

Una volta versata la quota inviare la copia contabile del bonifico al fax 075 59.76.422.

L'attivazione del vostro profilo avverrà immediatamente dopo valutazione della domanda da parte del Consiglio Direttivo.

Data _____

Firma _____