

MODULO DI REGISTRAZIONE DEGLI ACCESSI IN UNITA' OPERATIVA DA PARTE DEGLI INFORMATORI SCIENTIFICI

Dati della struttura

U.O. _____ Direttore _____

Sede: _____

Firma e timbro del Direttore UO _____

Nome e Cognome	Azienda Fornitrice	tipologia di incontro (individuale, collegiale, in presenza, da remoto)	Professionisti incontrati	ambito terapeutico/area tematica oggetto dell'incontro	Data	Firma medico/i che partecipano all'incontro

MODULO DA TRASMETTERE, PER CONOSCENZA, ALLA DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA dir.ospedaliera@aopd.veneto.it