



:: Associazione Italiana Febbri Periodiche ::

CENSIMENTO

Centri Diagnosi e Cura per le Febbri Periodiche (FP) / Malattie Autoinfiammatorie

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa
Ente Ospedaliero
Tel..... Cell..... FAX.....
E-mail.....

Dati Struttura Diagnosi/Cura:

Nome Ospedale/Centro:

.....
U.O.:

.....
Indirizzo:

.....
Direttore/responsabile /riferimento:

.....
Telefono / FAX /E-mail

.....
FP diagnosticabili geneticamente c/o il centro (elencare i geni delle FP testati):

.....
FP trattate clinicamente :

.....
N. casi per ciascuna F.P. "trattati" (fino ad oggi)

.....
dall'inizio di questa attività avvenuta nell'anno

ADERISCE al Censimento AIFP dei
Centri Italiani di diagnosi e cura delle Febbri Periodiche (FP) /Malattie Autoinfiammatorie e
CHIEDE l'inserimento dei ***Dati della Struttura di Diagnosi/Cura** sopra indicati
nel DataBase dell'Associazione AIFP

Data

Il richiedente

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs.196/03, per gli scopi inerenti le attività associative dell'associazione AIFP - "Associazione Italiana Febbri Periodiche"

Data.....

Firma.....

AIFP – Associazione Italiana Febbri Periodiche

Cod.Fis. 90125490277

Sede Legale: San Marco n. 3717 - 30124 VENEZIA

Cell.info (+39) 346 410 8 714 · Cell.Presidente (+39) 346 410 8 713

Sito Web: <http://www.febbriperiodiche.it> · E-mail: info@febbriperiodiche.it

c.c.p. n.77027340 intestato a: "Associazione Italiana Febbri Periodiche" IBAN IT93K 07601 12000 0000 7702 7340