

(H) Open Week sulla Salute della Donna 11-18 aprile 2019

FACSIMILE MODULO DI ADESIONE

ATTENZIONE: L'ADESIONE DEVE ESSERE INVIATA TRAMITE IL SITO WWW.BOLLINIROSA.IT. Il modulo è disponibile nell'Area riservata agli ospedali

SI PREGA DI NON INVIARE COPIE CARTACEE O VIA MAIL

Prima parte per invio dell'adesione entro giovedì 28 febbraio 2019

Struttura ospedaliera (DATI PRECOMPILATI – VERIFICARE CHE LE INFORMAZIONI SIANO CORRETTE)

- Nome della struttura
- Indirizzo
- Cap
- Comune
- Provincia
- Regione
- Telefono

Dati del referente Bollini Rosa (questo dato è ad uso esclusivo di Onda, non verrà pubblicato)

- Nome
- Cognome
- Numero di telefono
- Email

Dati spedizione dei materiali

Intestazione:

(inserire il nome della struttura come deve essere indicato nella busta – es. Istituto Nazionale Tumori)

Indirizzo:

Numero civico:

Cap:

Comune:

Provincia:

Nome e cognome per il ritiro dei materiali:

Recapito telefonico del referente per il ritiro:

Seconda parte per comunicare il/i servizi offerti entro giovedì 21 marzo 2019

Iniziativa/e offerta/e

Inserire una "nuova iniziativa" per ciascun servizio offerto (es. 1 iniziativa = visite ginecologiche, 2° iniziativa = esami strumentali/PAP Test, 3° iniziativa= ecografia, ecc. ecc.)

- *Area specialistica (selezionare una o più aree tra quelle indicate in base al servizio offerto)*
 - *Dermatologia*
 - *Diabetologia*
 - *Dietologia e Nutrizione*
 - *Endocrinologia*
 - *Geriatrics*
 - *Ginecologia e Ostetricia*
 - *Malattie e disturbi dell'apparato cardio-vascolare*
 - *Malattie metaboliche dell'osso (osteoporosi)*
 - *Medicina della riproduzione*
 - *Neurologia*
 - *Oncologia*
 - *Pediatria*
 - *Psichiatria*
 - *Reumatologia*
 - *Senologia*
 - *Violenza sulla donna*
 - *Urologia*
 - *ALTRO _____*

- *Dipartimento/i Divisione/i / Unità che eroga/no il servizio: _____*

- *Referente del servizio (ad uso esclusivo di Onda, i dati non verranno divulgati)*
 - *Nome:*
 - *Cognome:*
 - *Numero di telefono diretto:*
 - *Email:*
 - *Numero di cellulare:*

- *Tipologia di servizio offerto: (N.B.: è possibile offrire una/più tipologie di servizio)*

- ***Incontro aperto alla popolazione***

- *Titolo: (SPECIFICARE)*

- *Note: (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L'UTENTE).*

- *Date: (SCEGLIERE UNA O PIU' DELLE SEGUENTI DATE. N.B.: NON SONO POSSIBILI ALTRE DATE DIVERSE DA QUELLE INDICATE)*

- *11 aprile*
- *12 aprile*
- *13 aprile*
- *14 aprile*
- *15 aprile*
- *16 aprile*
- *17 aprile*
- *18 aprile*

- *Orario: dalle ore _____ alle ore _____*

- *Luogo: (SPECIFICARE IN QUALE AULA/PIANO E SE A UN INDIRIZZO DIVERSO DA QUELLO DELL'OSPEDALE)*

○ **Visite**

- *Tipologia (es. consulenze ginecologiche, reumatologiche, psichiatriche, ecc.):
(SPECIFICARE)*
-

- *Note: (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L'UTENTE).*
-

- *Date: (SCEGLIERE UNA O PIU' DELLE SEGUENTI DATE. N.B.: NON SONO POSSIBILI ALTRE DATE DIVERSE DA QUELLE INDICATE)*

- *11 aprile*
- *12 aprile*
- *13 aprile*
- *14 aprile*
- *15 aprile*
- *16 aprile*
- *17 aprile*
- *18 aprile*

- *Orario: dalle ore _____ alle ore _____*

- *Luogo: (SPECIFICARE IN QUALE AMBULATORIO/PIANO E SE A UN INDIRIZZO DIVERSO DA QUELLO DELL'OSPEDALE)*
-

- *Prenotazione obbligatoria:*

- *Sì (se sì specificare il numero di telefono)*
 - *Numero di telefono _____*
 - *Note (in questo campo specificare eventuali date/orari per telefonare, o altro utile per l'utente)*
-

- *No*

○ **Esami**

- *Tipologia (es. test di screening, ecografie, pap test, elettrocardiogramma, ecc.): (SPECIFICARE)*

- *Note: (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L'UTENTE).*

- *Date: (SCEGLIERE UNA O PIU' DELLE SEGUENTI DATE. N.B.: NON SONO POSSIBILI ALTRE DATE DIVERSE DA QUELLE INDICATE)*

- *11 aprile*
- *12 aprile*
- *13 aprile*
- *14 aprile*
- *15 aprile*
- *16 aprile*
- *17 aprile*
- *18 aprile*

- *Orario: dalle ore _____ alle ore _____*

- *Luogo: (SPECIFICARE IN QUALE AMBULATORIO/PIANO E SE A UN INDIRIZZO DIVERSO DA QUELLO DELL'OSPEDALE)*

○ *Prenotazione obbligatoria:*

- *Sì (se sì specificare il numero di telefono)*
 - *Numero di telefono _____*
 - *Note (in questo campo specificare eventuali orari per telefonare, o altro utile per l'utente)*

- *No*

- **Altre attività** (es. distribuzione di materiale informativo, info point, ecc.)
SPECIFICARE
-

- *Note: (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L'UTENTE).*
-

- *Date: (SCEGLIERE UNA O PIU' DELLE SEGUENTI DATE. N.B.: NON SONO POSSIBILI ALTRE DATE DIVERSE DA QUELLE INDICATE)*

- *11 aprile*
- *12 aprile*
- *13 aprile*
- *14 aprile*
- *15 aprile*
- *16 aprile*
- *17 aprile*
- *18 aprile*

- *Orario: dalle ore _____ alle ore _____*

- *Luogo: (SPECIFICARE IN QUALE AMBULATORIO/PIANO/AULA E SE A UN INDIRIZZO DIVERSO DA QUELLO DELL'OSPEDALE)*
-

- *Prenotazione obbligatoria:*

- *Sì (se sì specificare il numero di telefono)*

- *Numero di telefono _____*
 - *Note (in questo campo specificare eventuali orari per telefonare, o altro utile per l'utente)*
-

- *No*