

# Modulo di iscrizione

*Da rispedire a mezzo posta. Grazie mille.*

Gentile cliente,

quale farmacia incaricata della spedizione, siamo tenuti ad assicurarci del diritto di prescrizione e fruizione dei nostri clienti prima di elaborare le loro ricette mediche.

La ringraziamo in anticipo per la compilazione del presente modulo pregandola di rispedircelo a mezzo posta.

Cognome:	.....	Studio/Azienda:	.....
Nome:	.....	Tel.:	.....
Data di nascita:	.....	Fax.:	.....
Indirizzo:	.....	E-mail:	.....
CAP/Località:	.....		

Sono in possesso di un'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione. E allego il relativo documento.

Nel mio cantone non è previsto alcun obbligo di autorizzazione all'esercizio della professione.

Con la presente confermo di conoscere adeguatamente la fitoterapia MTC.

Mi impegno a comunicare prontamente eventuali modifiche, aperture o chiusure delle sedi dello studio.

Desideriamo inoltre farle notare che, ai sensi delle disposizioni di legge, i pazienti che presentano intolleranze particolari o soffrono di patologie croniche devono essere indirizzati da un medico.

Ho preso visione dei contenuti del presente modulo, che ho compilato in maniera conforme al vero.

Data: ..... Località: ..... Firma: .....