



DOMANDA DI ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE DI ECCELLENZA PER LE STRUTTURE SANITARIE DI ANGIOLOGIA

Il sottoscritto Prof/Dott. _____

Responsabile della seguente **struttura sanitaria**:

- UNITA' OPERATIVA COMPLESSA _____
- UNITA' OPERATIVA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE _____
- UNITA' OPERATIVA SEMPLICE _____
- LABORATORIO DI DIAGNOSTICA VASCOLARE _____
- AMBULATORIO SPECIALISTICO TERRITORIALE _____
- STUDIO PRIVATO _____

Azienda Ospedaliera _____ Presidio Ospedaliero _____

Con **sede** in:

Città _____ via _____ n. _____

Telefono _____ fax _____ e-mail _____

Inoltre domanda di rinnovo dell'accREDITAMENTO professionale di eccellenza per la propria struttura alla Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare.

Allega:

Curriculum vitae del Responsabile della Struttura;

Copia di un documento di identità

Copia del bonifico bancario di euro 500 intestato a

SIAPAV IBAN IT23E0306905069100000003577

Causale: Ufficio AccredItamento

Lì, _____, data _____

Firma _____

Il modulo deve essere inviato in originale alla segreteria SIAPAV , ufficio AccredItamento, GC Congressi – I-00195

Roma via P. Borsieri, 12 Tel +39-6-3729466 Fax +39-6-37352337 e-mail: segreteria@siapav.it