

Prescrizione elettronica

MODULO DI RICHIESTA PER ASSEGNATARI

Siamo lieti che desideriate registrarvi per l'utilizzo della piattaforma evoLL. Vi preghiamo di compilare il modulo sottostante e di inviarlo alla vostra Lega polmonare. È possibile creare un numero illimitato di utenti. L'apertura di nuovi utenti è gratuita.

Studio/Clinica

Studio/Clinica*	_____	N.-ZSR*	_____
Via	_____	CAP/Località	_____
E-mail*	_____	Telefono	_____

I messaggi dalla piattaforma evoLL verranno inviati a questa e-mail.

Utente

Ruolo*	<input type="checkbox"/> Medico		
	<input type="checkbox"/> Utente standard (MPA/Segreteria)		
Nome*	_____	Cognome*	_____
E-mail*	_____	Telefono	_____
HIN ID	_____	Lingua	<input type="checkbox"/> Tedesco
			<input type="checkbox"/> Francese
			<input type="checkbox"/> Italiano

Ruolo*	<input type="checkbox"/> Medico		
	<input type="checkbox"/> Utente standard (MPA/Segreteria)		
Nome*	_____	Cognome*	_____
E-mail*	_____	Telefono	_____
HIN ID	_____	Lingua	<input type="checkbox"/> Tedesco
			<input type="checkbox"/> Francese
			<input type="checkbox"/> Italiano

*Campi obbligatori

Prescrizione elettronica

Ruolo*	<input type="checkbox"/> Medico		
	<input type="checkbox"/> Utente standard (MPA/Segreteria)		
Nome*	_____	Cognome*	_____
E-mail*	_____	Telefono	_____
HIN ID	_____	Lingua	<input type="checkbox"/> Tedesco
			<input type="checkbox"/> Francese
			<input type="checkbox"/> Italiano

Ruolo*	<input type="checkbox"/> Medico		
	<input type="checkbox"/> Utente standard (MPA/Segreteria)		
Nome*	_____	Cognome*	_____
E-mail*	_____	Telefono	_____
HIN ID	_____	Lingua	<input type="checkbox"/> Tedesco
			<input type="checkbox"/> Francese
			<input type="checkbox"/> Italiano

Ruolo*	<input type="checkbox"/> Medico		
	<input type="checkbox"/> Utente standard (MPA/Segreteria)		
Nome*	_____	Cognome*	_____
E-mail*	_____	Telefono	_____
HIN ID	_____	Lingua	<input type="checkbox"/> Tedesco
			<input type="checkbox"/> Francese
			<input type="checkbox"/> Italiano

* Campi obbligatori