



**CENTRO
MEDICO
MICHELANGELO**

DIAGNOSTICA STRUMENTALE
VISITE SPECIALISTICHE

centromedicomichelangelo.it
Via Mario Musco, 16
00147 Roma

info@centromedicomichelangelo.it
06.54.06.300
06.54.07.892 fax

MODULO PER OSSERVAZIONI

CHI SEGNA LA:

COGNOME NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

VIA

CAP COMUNE PROV

EMAIL.....RECAPITO TELEFONICO

CHE COSA DESIDERA SEGNALARE:

(Il Centro Medico Michelangelo si riserva di contattarvi per ulteriori chiarimenti in merito a quanto da voi indicato nel presente modulo)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo e data

Firma

(per esteso e leggibile)

