



Richiesta di Inserimento nel Portale Trattamenti-laser

Affinchè il nostro staff possa verificare le sue credenzialità, è necessario compilare il seguente questionario informativo in ogni sua parte cercando di fornire maggiori informazioni possibili.

Una volta compilato e firmato il modulo, dovrete inviarlo a questo n. di Fax 02-700554123 e dopo che il nostro personale avrà analizzato la vostra richiesta, sarete ricontattati telefonicamente.

Barrare i Trattamenti che vengono praticati :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Epilazione Laser | <input type="checkbox"/> Capillari Viso - Corpo | <input type="checkbox"/> Varici arti inferiori |
| <input type="checkbox"/> Rimozione Tatuaggi | <input type="checkbox"/> Cicatrici - Acne | <input type="checkbox"/> Verruche |
| <input type="checkbox"/> Cheratosi | <input type="checkbox"/> Psoriasi | <input type="checkbox"/> Angiomi |
| <input type="checkbox"/> Tumori cutanei benigni | <input type="checkbox"/> Ringiovanimento volto | <input type="checkbox"/> Vitiligine |
| <input type="checkbox"/> Macchie cutanee | <input type="checkbox"/> Nevi Melanocitici | |

Laser Chirurgici Posseduti :

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ND Yag - Impulso Lungo | <input type="checkbox"/> Erbium | <input type="checkbox"/> Alessandrite |
| <input type="checkbox"/> ND Yag - Q-Switched | <input type="checkbox"/> Diodo Ktp 532 -810 -910 | <input type="checkbox"/> Luce pulsata |
| <input type="checkbox"/> Co2 | <input type="checkbox"/> Eccimeri | <input type="checkbox"/> Dye Laser |
| <input type="checkbox"/> Indicare eventuali altri laser posseduti _____ | | |

Indicare Provincia/e dove vengono eseguite Visite ed Interventi :

Indicare una o piu province

Società a cui si è iscritti :

