

FAC SIMILE CARTA INTESTATA STUDIO ASSOCIATO/COOPERATIVA/STP



STUDIO INFERMIERISTICO ASSOCIATO/COOPERATIVA/STP

.....

Indirizzo sede legale (via, n° civico, Comune)

Indirizzo sede operativa (via, n° civico, Comune).....

Telefono

P.IVA/ CF

Email/ PEC

FAC SIMILE CARTA INTESATA INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA



COGNOME E NOME

*Infermiere/Infermiere pediatrico
(eventuali specializzazioni)*

Iscritto all'OPI di _____ al n.

Indirizzo (via, n° civico, Comune)

Telefono

P.IVA/ CF

Email/ PEC

