

PROGETTO STUDIO MULTICENTRICO

*“Circolazione di entorobatteri produttori di ESBL in residenti nelle Case di riposo ed RSA
in Italia”*

Modulo di adesione

REFERENTE

Cognome e Nome _____

Struttura presso cui opera _____

Ruolo professionale _____

Indirizzo struttura _____

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

RSA/Casa di riposo I

Denominazione _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

Numero pazienti residenti _____

RSA/Casa di riposo II

Denominazione _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

Numero pazienti residenti _____

RSA/Casa di riposo III

Denominazione _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

Numero pazienti residenti _____

LABORATORIO DI RIFERIMENTO

Denominazione _____

Nominativo laboratorista referente _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____