

MODULO DI ADESIONE SERVIZIO FARMACUP

Clinica Mediterranea spa

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ titolare della società \_\_\_\_\_

Con sede in:

1) Denominazione \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Referente \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

2) Denominazione \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Referente \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

3) Denominazione \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Referente \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Chiede di aderire al servizio FARMACUP della Clinica Mediterranea come da convenzione quadro per l'attività di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite il sistema di accesso CUP allegato.

Si richiede pertanto il rilascio delle credenziali di accesso al sistema FARMACUP del sito [www.clinicamediterranea.it](http://www.clinicamediterranea.it).

Napoli,

Timbro e Firma

Inviare a mezzo fax al n° 0817259777