

INFORMATIVA RELATIVA A: richiesta di invio **Kit DBS** al vostro centro.

Per richiedere l'invio di DBS presso il Vostro centro, inviare una e-mail a:

malattiemetaboliche@irib.cnr.it

Nella mail specificare e dettagliare sempre tutti i campi sottoelencati:

Richiedente:

Nome e Cognome

Azienda Ospedaliera

Reparto

Via

CAP Città

Indirizzo e-mail

Numero di telefono persona di riferimento.....

n° Kit DBS richiesti: 5 10 15 20 altro ☐

Eventuali richieste speciali.....