

CHEK-LIST




NOTA OPERATIVA PER I COLLEGI SULLA PUBBLICITA' SANITARIA

Caratteristiche della carta intestata, e-mail personale, biglietto da visita e timbro del singolo libero professionista

- Cognome e nome
 - Infermiere
 - Assistente sanitario
 - Vigilatrice d'infanzia/Infermiere pediatrico
 - Numero iscrizione Albo Professionale
- Specializzazioni (master o laurea specialistica)
- Indirizzo personale
- Indirizzo sede operativa
- Codice fiscale
- Partita IVA
- Logo professionale
- Assenza di grafici o altri simboli

Caratteristiche della carta intestata, biglietto da visita e timbro per Studi e Cooperative

- Denominazione studio/cooperativa
- Indirizzo sede legale
- Indirizzo sede operativa
- Codice fiscale
- Partita IVA
- Logo professionale
- Assenza di grafici o altri simboli

| NOTE | FAC-SIMILE BIGLIETTO DA VISITA STUDIO ASSOCIATO |
|---|--|
| <p>* N. iscrizione Albo: Infermiere Assistente Sanitario Infermiere pediatrico/VI</p> <p>Il Logo Infermiere Libero professionista va sostituito in caso di professione diversa: Assistente Sanitario Infermiere Pediatrico/VI</p> |  <p>STUDIO ASSOCIATO _____</p> <p>Nome Referente _____ N. Iscrizione Albo * _____</p> <p>Sede di intervento _____</p> <p>Tipologia di intervento _____</p> <p>Ambito territoriale _____</p> <p>Tel _____</p> <p>Indirizzo (Indicare: Via, N. Civico, Comune)</p> <p>C.F. _____ .P.IVA _____</p> |
| <p>Indicazioni da riportare nel biglietto</p> <p>SEDE DI INTERVENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - struttura pubblica - struttura pubblica - a domicilio - ambulatorio <p>TIPOLOGIA D'INTERVENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assistenza infermieristica - coordinamento gestione assistenza infermieristica - docenza - coordinamento corsi formativi - tutoraggio - direzione - altro | <p style="text-align: center;">FAC-SIMILE BIGLIETTO DA VISITA SINGOLO PROFESSIONISTA</p>  <p>Infermiere _____</p> <p>N. Iscrizione Albo Infermieri/Ass.Sanit/Inferm. Pediatrico-VI _____</p> <p>Sede di intervento _____</p> <p>Tipologia di intervento _____</p> <p>Ambito territoriale _____</p> <p>Tel _____</p> <p>Indirizzo (Indicare: Via, N. Civico, Comune)</p> <p>C.F. _____ .P.IVA _____</p> |
| <p>AMBITO TERRITORIALE DI INTERVENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - città' - provincia di - altre province - fuori regione (indicare zona geografica) | <p style="text-align: center;">FAC-SIMILE BIGLIETTO DA VISITA SINGOLO PROFESSIONISTA ASSOCIATO</p>  <p>Infermiere _____</p> <p>N. Iscrizione albo Collegio Infermieri _____</p> <p>Tel _____</p> <p>Indirizzo (Indicare: Via, N. Civico, Comune)</p> <p>C.F. _____ .P.IVA _____</p> <p style="text-align: center;">Associato allo Studio Infermieristico</p> <p>_____</p> |

ESEMPI CARTA INTESTATA

DAI START D



STUDIO ASSOCIATO
INFERMIERISTICO

STUDIO ASSOCIATO

Nome Referente.....N. Iscrizione Albo.....

Autorizzazione Delibera n. del Collegio di.....

Indirizzo: (Indicare: Via, N. Civico, Comune).....

Tel.....

C.F. e P.IVA.....



AMBULATORIO
INFERMIERISTICO

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

Nome Referente.....N. Iscrizione Albo.....

Indirizzo: (Indicare: Via, N. Civico, Comune)

Tel.....

C.F. e P.IVA.....



INFERMIERE
LIBERO PROFESSIONISTA

Infermiere ROSSI

(SCEGLIERE TRA) Infermiere; Assistente Sanitario; infermiere Pediatrico/VI

Iscrizione Albo Infermieri N.....

Indirizzo: (Indicare: Via, N. Civico, Comune).....

Tel.....

C.F. e P.IVA.....