

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO FREE NET

Inviare a:
MILLENNIUM S.p.A.

Email: ordini.millennium@dedalus.eu
Fax: 055 4554.420

Medici richiedenti

I sottoscritti seguenti Medici con la presente chiedono l'attivazione del servizio denominato 'Freenet' per la condivisione reciproca dei dati dei rispettivi assistiti, impegnandosi fin d'ora a comunicare ciascuno alla propria Software House le eventuali variazioni che dovessero rendersi necessarie.

1	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma Data
2	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
3	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
4	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
5	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO FREE NET

6	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma Data
7	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
8	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
9	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
10	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
11	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma Data

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO FREE NET

12	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma Data
13	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
14	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
15	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
16	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
17	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma Data

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO FREE NET

18	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma Data
19	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
20	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
21	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
22	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
23	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma Data

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO FREE NET

24	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma Data
25	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
26	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
27	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
28	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
29	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma Data

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO FREE NET

30	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma Data
31	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
32	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
33	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
34	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma..... Data
35	Dott..... Via e num. Ambulatorio Città CAP Provincia Telefono Email Codice Fiscale Software Firma Data

