

# SETTIMANE DI TERAPIE INTENSIVE

## SCHEMA DI PARTECIPAZIONE (DA COMPILARSI PER OGNI PAZIENTE)

LOCALITA' .....

Dal ..... al .....

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale per fatturazione \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO (casa - uff. -cell.) \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

### ACCOMPAGNATORI (CHE NON FANNO TERAPIA) E SOLO IN CASO D'ALLOGGIO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

E' GIA' STATO/A VISITATO/A DALLA DOTT.SSA BERTELE' ? SI  NO

E' GIA' STATO/A VISITATO/A DA UNA DOTT.SSA COLLABORATRICE ? NOME \_\_\_\_\_

### NOME DEI TERAPISTI DA CUI SI E' IN CURA o da cui SI DESIDERA ESSERE TRATTATI

PRENOTERO' L'ALBERGO : NO

SI  dal ..... al..... (indicare il giorno di arrivo e quello di partenza)

Camera: Singola  Doppia  Tripla  Matrimoniale

### PRENOTAZIONI c/o il CENTRO :

camera  SI  Biancheria e pulizia esclusi  Biancheria compresa

camper con servizi, docce elettricit  e acqua. potabile  SI

### ATTIVITA' FACOLTATIVE IN AGGIUNTA ALLE TERAPIE DEL METODO BERTELE'

SI  NO

Se SI provvederemo a inviare il contatto del professionista responsabile.

OSSERVAZIONI (se si desiderano orari particolari per le terapie, abbinamenti nelle camere etc...)

---

---

---

---

**ATTENZIONE: si accettano disdette per le terapie entro 21 giorni prima dallo svolgimento dell'evento. In caso contrario, se non per causa di forza maggiore, si applicher  una penale del 50% delle sedute prenotate.**

**INVIARE LA PRESENTE SCHEMA COMPILATA PER OGNI PARTECIPANTE A:**

e-mail: [indaco@fondazioneapostolo.it](mailto:indaco@fondazioneapostolo.it)

whatsapp cell.: 339-1430851

Mod. 5 DATA \_\_\_\_\_

FIRMA