

PROGETTO REGIONALE “MONITORAGGIO DELL’ADERENZA ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA NEI PAZIENTI CON DIABETE DI TIPO 2”

MODULO ADESIONE PROGETTO

Farmacia _____ Cod. Prov. _____

Situata nel Comune di _____ (Prov) _____

Azienda ULSS territorialmente competente _____

In data ____/____/____

Il/la sig./sig.ra _____

C.F. _____

ha deciso di:

- aderire al Progetto regionale “*Monitoraggio dell’aderenza alla terapia farmacologica nei pazienti con diabete di tipo 2*”
- non aderire al Progetto regionale “*Monitoraggio dell’aderenza alla terapia farmacologica nei pazienti con diabete di tipo 2*”

Firma sig./sig.ra
