



RICHIESTA DI INFORMAZIONI sul Dispositivo medico "ACUFREE"

- 1** Scarica
- 2** Compila
- 3** invia a segreteria@tinnitech.com

Il sottoscritto, _____

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

Città di residenza _____

E-Mail _____

Numero di telefono _____

Data dell'ordine _____

Compilando questo modulo accetta le seguenti indicazioni e dichiara:

- la volontà di approfondire la sua conoscenza del dispositivo medico ACUFREE per il trattamento degli acufeni;
- la disponibilità a fornire le necessarie prescrizioni mediche per poter permettere ai medici a Tinnitech Intl di valutare il futuro allineamento tra il suo disturbo e il nostro trattamento;
- la consapevolezza delle caratteristiche di questo tipo di terapia e dei risultati clinici ottenuti ed esposti in questo sito internet a scopo divulgativo e scientifico.

La Direzione

