

Registro nazionale della malattia *MYH9*-correlata

**Scheda di adesione**

Si prega di inviare via fax al centro coordinatore: **0382.526223**

Centro \_\_\_\_\_

Direttore \_\_\_\_\_

Comunico l'adesione del mio Centro al registro; il mio Centro non segue attualmente pazienti che corrispondono ai criteri di inclusione

Comunico l'adesione del mio centro al registro; segnalo in via preliminare n° \_\_\_\_ pazienti che corrispondono ai criteri di inclusione

Recapiti Centro

Indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Medici responsabili

Indirizzo e-mail

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_