

1 - NOMINATIVI

Ditta richiedente: _____

Nominativi subacquei che devono eseguire le prove:

2 - PRESTAZIONI DA PRENOTARE

CERTIFICAZIONE INTERNAZIONALE MED (DMAC/EDTCmed-ECHM)

e/o

Prestazioni richieste (secondo quanto previsto dal Ministero della Salute, Decreti M.M. 20/10/1986 e 31/03/1981) per il rinnovo presso gli Uffici di Sanità Marittima:

- Prova in CAMERA IPERBARICA con test psico-attitudinali
- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Esame ORL con audiometria, impedenzometria e prove vestibolari/labirintiche
- Spirometria

3 - CONSEGNA REFERTI

MODALITA' DI RITIRO DEI REFERTI:

- Ritiro c/o O.T.I. SERVICES SRL (al termine degli esami o nei giorni successivi)
- Spedizione con corriere espresso (euro 10,00 aggiuntivi)

4 - FATTURAZIONE E PAGAMENTO

INTESTAZIONE DELLA FATTURA:

Alla DITTA _____ (P.IVA _____)

Al Sig. _____ (C.F. _____)

MODALITA' DI PAGAMENTO:

- Bonifico bancario
- Carta di Pagamento
- Contanti

Si invita a richiedere le prestazioni per i subacquei professionisti e per i ricercatori subacquei con almeno 30 giorni d'anticipo, al fine di poter organizzare l'effettuazione degli esami richiesti in un'unica giornata.

*Si prega di allegare alla presente copia del **documento d'identità** e copia della **tessera sanitaria** dei subacquei che eseguiranno gli esami.*

Indirizzo e-mail dedicato al servizio: sommozzatori@otiservices.it