

Modulo di registrazione – Riconoscimento presso l'Ufficio terapisti EGK

La registrazione nel Registro di Medicina Empirica RME di uno o più metodi riconosciuti dalla EGK costituisce la base per il riconoscimento presso l'Ufficio terapisti della EGK.

Presentando il modulo di registrazione firmato lei manifesta in modo vincolante la sua intenzione di registrarsi presso l'Ufficio terapisti EGK al fine di essere riconosciuta come terapeuta EGK. Il riconoscimento di EGK si riferisce a metodi registrati nel RME che sono riconosciuti dalla EGK-Cassa della salute in base all'elenco dei metodi RME attualmente in vigore. L'elenco è disponibile sul sito web del RME. La durata del riconoscimento va dal 1° gennaio al 31 dicembre di ogni anno e il contributo annuale è di CHF 42.- (più IVA).

- **Il riconoscimento è valido a partire dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui l'Ufficio riceve il modulo per la registrazione**
- **Nel primo anno il riconoscimento decorre dal mese di registrazione fino al 31 dicembre.**

Vi invitiamo a trasmettere il modulo di registrazione compilato in tutte le sue parti e copia del Certificato RME corrente a mezzo posta all'indirizzo riportato di seguito o via e-mail (documento scansionato) a info@fondation-sne.ch:

**Ufficio terapisti della EGK
Dornacherplatz 19
4500 Soletta**

Numero RCC:	N. RME:	Data di nascita:
L'appellativo:	<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signore	
Cognome:	Nome:	
Lingua di corrispondenza:	<input type="checkbox"/> Tedesco	<input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Italiano

Indirizzo di fatturazione e corrispondenza:	
Via, n.:	Casella postale:
NPA, località:	
E-mail:	Telefono / cellulare:

Con la mia firma confermo di accettare le «Linee guida per la registrazione dei membri dell'Ufficio terapisti dell'EGK»

Luogo, data e firma _____

Ambulatorio 1	
Nome ambulatorio	
Via, n.	Casella postale
NPA, località	
Telefono	Fax
E-mail	www.

Ambulatorio 2	
Nome ambulatorio	
Via, n.	Casella postale
NPA, località	
Telefono	Fax
E-mail	www.

Ambulatorio 3	
Nome ambulatorio	
Via, n.	Casella postale
NPA, località	
Telefono	Fax
E-mail	www.

Annotazioni / Osservazioni
