



Voglio migliorare il mio centro

Referente: _____

Società: _____

Ragione sociale: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Indirizzo del centro (città, via, numero civico, CAP):

Metri quadri a disposizione (indicare anche il piano di ubicazione):

Indicare lo stato dei locali (rispondente ai requisiti minimi, non rispondente ai requisiti minimi):

Destinazione d'uso urbanistica:

Tipologia dei servizi erogati:

Stato dell'arte relativo all'autorizzazione sanitaria:

Indicare eventuali punti di aggregazione nelle vicinanze del centro (altre strutture sanitarie pubbliche, centri commerciali, strutture sportive, ...):

Indicare le aree dove è richiesto l'intervento della Top Physio Engineering ® (consulenza, strategia, progettazione, pianificazione, assistenza, pubblicità e marketing):

Data __/__/__

Firma _____