

Richiesta di autorizzazione per un negozio specializzato in protesi acustiche
Il presente modulo va compilato dal richiedente, il quale si impegna a rispettare le convenzioni e gli allegati in vigore pubblicati sul sito internet www.mtk-ctm.ch e accetta fin d'ora le sanzioni applicate in caso di violazione.

Indirizzo del negozio specializzato		
Ragione sociale		
Via		
NPA/Località		
GLN del negozio		
Telefono		
Fax		
E-mail		
Orari d'apertura		
Giorni d'apertura settimanali		
Giorni dedicati settimanalmente all'adeguamento degli apparecchi acustici		
Responsabilità tecnica (allegare copia dell'attestato professionale)		
Cognome/Nome	GLN	Grado d'occupazione
Altri specialisti (allegare copia dell'attestato professionale)		
Cognome/Nome	GLN	Grado d'occupazione
Apprendisti		
Cognome/Nome	Anno d'apprendistato	Grado d'occupazione

Associazione d'appartenenza

Cancellare ciò che non fa al caso		
AKUSTIKA	ASSA	Nessuna

Luogo e data:

Firma del proprietario:

Allegati:

- Copia degli attestati professionali e certificato di equipollenza della SEFRI per gli attestati esteri
- Protocolli di misurazione del locale per audiometria
- Protocollo di taratura del audiometro

Da rimettere a:

SCTM, Alpenquai 28, casella postale 4358, 6002 Lucerna