|  |  |
| --- | --- |
| **AZIENDA** |  |
| **SITO** |  |
| **REFERENTE DA CONTATTARE PER INFORMAZIONI** | *(nome e cognome, mail e numero di telefono)* |
| **BREVE DESCRIZIONE DELLA SOLUZIONE** | *(la descrizione del device deve includere se è certificato, se già in uso integrato con qualche piattaforma gestionale; eventuale offerta gratuita di prova o quant’altro).* |
| **TARGET per SPERIMENTAZIONE COVID** | *(Segnalazione se è in sperimentazione per pazienti covid-19 e per quale tipologia di soggetto - dimessi, domiciliari, personale ospedaliero ecc..)* |
| **LINK UTILI** | *(presentazioni, video, ecc… se non disponibile fornire una presentazione ppt che verrà linkata da Assolombarda)* |