

1- TIPO DI ATTIVITA SVOLTA

Domanda	Risposta	Eventuali approfondimenti
La vostra attività è finalizzata alla vendita di ausili?	SI	
La vostra attività è finalizzata al noleggio di ausili?	SI	
La vostra attività è finalizzata alla produzione di ausili?	SI	
La vostra attività è finalizzata alla riparazione di ausili?	SI	

2 - CONVENZIONI ASL /INAIL AUSILI

Domanda	Risposta	Eventuali approfondimenti
Siete convenzionati con il Servizio Sanitario Locale?	SI	
Siete convenzionati con l'INAIL?	SI	