

**Scheda di adesione allo Studio multicentrico  
GISCoR  
“Trattamento endoscopico chirurgico  
tumori del retto”**

# **Centro:** .....

# **Responsabile** clinico del Centro (*Endoscopista o Chirurgo*): .....  
(indirizzo: ..; tel: .....; fax: .....; E-mail: ...)

# Referente *Oncologo medico*: ..... (indirizzo: .....; tel: .....; fax:  
.....; E-mail: .....)

# Referente *Radioterapista*: ..... (indirizzo: .....; tel: .....; fax: .....;  
E-mail: .....)

# Referente *Patologo*: ..... (indirizzo: .....; tel: .....; fax: .....; E-  
mail: ..... )

# **Autorizzazione** firmata dalla **Amministrazione** del Centro.

Dopo formale adesione (è sufficiente avere richiesto l'autorizzazione alla propria Amministrazione senza attendere la risposta favorevole che potrà essere spedita successivamente), verrà comunicata, al Responsabile di ogni Centro, la pass-word per la compilazione delle CRF elettroniche.