

**I° CONVEGNO NAZIONALE SULLA LIMFANGIOLEIOMIOMATOSI (LAM)**

**29 NOVEMBRE 2008, ORE 14:00 – 17:30**

**SCHEDA INFORMAZIONI MEDICI / RICERCATORI<sup>1</sup>**

**Cognome** .....

**Nome** .....

**Ospedale di Riferimento** .....

**Dipartimento** .....

**Email** .....

**Attività Correlate a LAM / TS** .....  
**(pneumologo, ricercatore, ecc)**

---

<sup>1</sup> Le informazioni sono raccolte con il solo scopo di poter fornire future comunicazioni su attività svolte dal gruppo di supporto pazienti inerenti a LAM e / o TS.