

AGO-D V4.1 (C)

PROCEDURA COMPUTERIZZATA PER LA DIAGNOSI E LA TERAPIA IN MEDICINA TRADIZIONALE CINESE.

DESCRIZIONE : AGO-D V4.1 è un software studiato per l'aiuto alla diagnosi e alla terapia di 358 sindromi codificate secondo la MTC. Apprendimento e utilizzo sono molto semplici. L'operatore può inserire, rimuovere, correggere, cambiare i sintomi che ritiene. Inseriti i sintomi, il programma li elabora e visualizza in ordine decrescente sino a 9 sindromi classiche di Agopuntura attribuendo a ciascuna un punteggio. Pertanto, egli può avere un quadro ampio e chiaro di sindromi per rafforzare o scartare la propria ipotesi diagnostica. Una possibile divergenza tra la diagnosi dell'operatore e quella proposta dal programma è dialetticamente utile, portando ad un più profondo confronto. Il programma diviene, quindi, anche mezzo di continuo apprendimento. La Versione V.4.1, oltre ai miglioramenti funzionali del programma, consente anche di creare su disco un archivio Pazienti e un archivio Esercitazioni e di aggiornarli nelle visite successive. La procedura contiene: programma diagnostico per 358 sindromi di MTC e relativi schemi di terapia, manuale, dizionario. La procedura è venduta così come è ("as is").

(TM) (R) AGO-D V4.1 (C) Sebastiano Rizzo Windows (R)

ORDINE DI ACQUISTO

Si, inviatemi il software:
AGO-D V4.1 al prezzo di € 190,00

Invio del software via E-Mail al seguente indirizzo: _____

n. _____ copia/e per un totale di Euro _____, ____.

Scelgo la seguente forma di pagamento: (contrassegnare con X)

A mezzo bonifico a favore di RIZZO SEBASTIANO c/o Banca Fineco Bank, Agenzia di Pavia , IBAN IT66F0301503200000002613010

A mezzo vaglia postale

N.B.: 1) gli importi totali vanno intestati a:
Dr. Sebastiano Rizzo, via Cavallini 15, 27100 Pavia

2) per accelerare i tempi di invio, inviare copia del bonifico bancario o del vaglia postale via e-mail riseb@libero.it

3) questa vendita è esente dell' IVA (Legge DPR 633/7, artt. 1 e 4).
(Completare a macchina o stampatello. Non verrà fatto invio senza notizie complete.

Il presente ordine di acquisto vale anche come autorizzazione al trattamento dei dati per i soli fini fiscali - ai sensi del DLgs. 196/2003).

Cognome Nome o Denominazione sociale

Indirizzo completo (via, numero, CAP, città, provincia)

Telefono e/o Fax Codice fiscale / Partita I.V.A.

Data

Firma

Modalità di invio dell'ordine:

* in busta chiusa a: Dr. S. Rizzo - Via Cavallini 15, 27100 PAVIA.

* e-mail riseb@libero.it