

Spett.le
U.O.C. "ASSISTENZA FARMACEUTICA"



- ✚ Distretto 1 "Bassano"
tel. 0424/888780 - fax 0424/889489
farmaceutico.terr.distretto1@aulss7.veneto.it
- ✚ Distretto 2 "Alto Vicentino"
tel. 0445/388323 - fax 0445/388956
farmaceutico.terr@aulss7.veneto.it

RICHIESTA VIDIMAZIONE REGISTRO STUPEFACENTI

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ Direttore della farmacia
_____ codice _____
sita nel comune di _____ (VI)
via _____ n° _____

C H I E D E

la vidimazione del Registro di entrata e uscita delle sostanze e preparazioni soggette alla
disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope.

Luogo e data _____

Timbro e Firma Farmacia
