

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

Oggetto: Direttore Farmacia

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

C O M U N I C A

che la **Direzione** della Farmacia sopra citata sarà affidata

al dr/alla dr.ssa _____

nato/a a _____ (prov.) _____ il ____ / ____ / _____

Codice Fiscale

In possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

a partire dal ____ / ____ / _____

Luogo e data _____

Per accettazione

Timbro e Firma Farmacia
