

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

REGIONE DEL VENETO



- + Distretto 1 "Bassano"  
tel. 0424/888780 - fax 0424/889489  
[farmaceutico.terr.distretto1@aulss7.veneto.it](mailto:farmaceutico.terr.distretto1@aulss7.veneto.it)
- + Distretto 2 "Alto Vicentino"  
tel. 0445/388323 - fax 0445/388956  
[farmaceutico.terr@aulss7.veneto.it](mailto:farmaceutico.terr@aulss7.veneto.it)

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

### COMUNICA:

### ORARIO DI APERTURA E CHIUSURA FARMACIA

Dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ORARIO ESTIVO

Dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ORARIO INVERNALE

Dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

### GIORNO DI RIPOSO SETTIMANALE:

\_\_\_\_\_ MATTINO  POMERIGGIO

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma Farmacia

\_\_\_\_\_