

BOLLO

€ 16,00

AL DIRETTORE GENERALE DELL' A.S.L. _____

Il sottoscritto/a Dott. _____ Socio/Direttore della
Farmacia _____

Sita nel Comune di _____ Via _____ N° _____

COMUNICA

che a far data dal _____ assumerà la direzione della Farmacia il/la
Dott. _____ socio della suddetta farmacia, iscritto/a all'Ordine
dei Farmacisti della Provincia di _____ dal
_____ n° iscrizione _____.

_____, li _____

(firma)

Il sottoscritto/a Dott. _____ (Socio della farmacia)

DICHIARA

di accettare la nomina di DIRETTORE.

(firma)