

BOLLO

€ 16,00

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

Il sottoscritto/a _____ in qualità di

_____ della Farmacia _____

Sita nel Comune di _____ Via _____ n° _____

COMUNICA

che a far data dal _____ assumerà la direzione della Farmacia il/la

Dott. _____, nato/a a _____ il _____

iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____

dal _____ n° iscrizione _____.

_____, li _____

(firma)

Il sottoscritto/a Dott. _____

DICHIARA

di accettare la nomina di DIRETTORE.

(firma)