

ALLEGATO 11

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale BR
Via Napoli n. 8
72100 BRINDISI

Oggetto: istanza autorizzazione apertura stagionale farmacia succursale (art. 116 del TULS).

Il sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,
titolare/legale rappresentante della Farmacia _____,
sita in _____ via/corso/Piazza _____ n _____,

CHIEDE

l'autorizzazione all'apertura nel periodo estivo giugno – settembre dell'anno _____ della farmacia
succursale di _____,

sita in _____, via/corso/Piazza _____ n _____,
autorizzata con atto n. _____ del _____

NOMINA (art. 120 del TULS)

Direttore responsabile il Dr/Dr.ssa _____,
iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti di _____ al n. _____ dal _____,

In possesso dei requisiti, che firma per accettazione.

ALLEGA

Copia del versamento effettuato di € _____, intestato a Regione Puglia Servizio Tesoreria
sul C/C n. 287706.

Luogo e data

Firma del Legale Rappresentante

Firma del Direttore tecnico per accettazione
