

TIMBRO FARMACIA



Spett.le
Ordine dei Farmacisti
della provincia di Agrigento

_____ sottoscritt_____ Dott. _____

titolare/direttore della farmacia in intestazione

CHIEDE

l'autorizzazione alla variazione del turno di servizio

- 1) del giorno _____
che sarà effettuato dalla farmacia _____
e non dalla farmacia _____
- 2) del giorno _____
che sarà effettuato dalla farmacia _____
e non dalla farmacia _____

Distinti saluti.

Timbro e firma

Data _____

Si allega ricevuta di versamento per i diritti di segreteria.