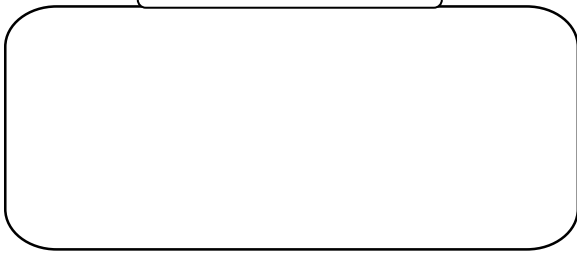


timbro FARMACIA



Spettabile

Ordine dei Farmacisti

della provincia di Agrigento

e-mail info@ordinefarmacisti.ag.it

a mezzo Fax al n° 0922553981

_____ 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 _____