

Spett. le
ATS di Brescia
Servizio Farmaceutico
protocollo@pec.ats-brescia.it

Comunicazione di FINE ATTIVITA' Farmacista in PARAFARMACIA/CORNER FARMACEUTICO

(DM Salute 09 marzo 2012)

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome

Legale Rappresentante della PARAFARMACIA/CORNER FARMACEUTICO :

Denominazione		
Codice Univoco	Comune	
Via/Piazza		

Comunica

Che il/la Dott./Dott.ssa:

Cognome	Nome

Codice Fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Interromperà la propria attività presso la suddetta PARAFARMACIA

A decorrere DAL			
	gg	mm	aaaa

_____ luogo

_____ data

IL FARMACISTA COLLABORATORE _____ (firma)

IL LEGALE RAPPRESENTANTE della PARAFARMACIA _____ (firma e timbro)