

DICHIARAZIONE DI CONFERMA DI ACCETTAZIONE SEDE FARMACEUTICA

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____,
referente della candidatura del concorso della Regione Veneto, in seguito al provvedimento di
assegnazione della sede farmaceutica n° _____ del Comune di _____
conferma la volontà già espressa di accettazione della sede suddetta,

DICHIARA

- di aver individuato i locali in cui intende ubicare la farmacia nel territorio della frazione di
_____ in via _____ n° _____
allegando planimetria degli stessi
- di aver provveduto al pagamento delle tasse regionali presentando copia del bonifico di
versamento

Distinti saluti.

Luogo, data _____

Firma del farmacista

Dati del farmacista referente:

recapiti telefonici _____

e-mail _____

Inviare a protocollo.aulss2@pecveneto.it