

ISPEZIONE PREVENTIVA PER TRASFERIMENTO LOCALI FARMACIA

In data _____ i componenti della Commissione di Vigilanza sulle Farmacie dell'Azienda Ulss n. 2 Marca trevigiana:

Dott./Dott.^{ssa} _____

Dott./ Dott.^{ssa} _____

Dott./ Dott.^{ssa} _____

Sig. _____

alla presenza del/della Dott./Dott.^{ssa} _____

Titolare Direttore della sede farmaceutica del Comune di _____,
hanno proceduto all'ispezione dei nuovi locali della farmacia siti in _____
nel Comune di _____

Hanno ritenuto i locali:

IDONEI NON IDONEI IDONEI CON LE SEGUENTI PRESCRIZIONI/OSSERVAZIONI:

All'esercizio del Servizio Farmaceutico per le destinazioni d'uso indicate nella planimetria agli atti. Qualsiasi cambio di utilizzo d'uso dei locali dovrà essere autorizzato.

Timbro e firma Farmacista
UO Assistenza Farmaceutica Territoriale

Timbro e firma Farmacista
Titolare/Direttore della Farmacia

Il Segretario

Timbro e firma Medico
UO Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Firma Farmacista designato
dall'Ordine dei Farmacisti
