

NOTIFICA APERTURA STRAORDINARIA FARMACIA

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Titolare/Direttore della Farmacia (cod. _____) _____

sita in _____ via/piazza _____ n° _____

COMUNICA l'apertura straordinaria della farmacia nel giorno del Santo Patrono il _____ altro giorno festivo il _____

Distinti saluti.

Luogo, data _____

Timbro farmacia e firma titolare/direttore

Inviare a protocollo.aulss2@pecveneto.it e farmaceuticateritoriale.asolo@aulss2.veneto.it (Distretto di Asolo) o farmaceuticateritoriale.pievedisoligo@aulss2.veneto.it (Distretto di Pieve di Soligo) o farmaceuticateritoriale.treviso@aulss2.veneto.it (Distretto di Treviso) e p.c. al Sindaco del Comune sede della Farmacia e all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Treviso (ordinefarmacistiv@pec.fofi.it)