

Al DIRETTORE
del SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE
dell' A.S.L. di _____

OGGETTO: richiesta cambio direzione farmacia con titolarità societaria

I sottoscritti Dott./Dott.ssa _____ e _____
soci della Società _____ ,
titolare della farmacia _____
con sede a _____

CHIEDONO

che la direzione tecnico professionale e la responsabilità della farmacia, attualmente in capo
al socio _____ ,
siano affidate al socio _____ ,
a far data dal: _____.

data _____

firma

firma

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
DICHIARA di accettare l'incarico di cui sopra.

data _____

firma per accettazione