



Intestazione Farmacia

_____, lì _____

al Sig.SINDACO
del COMUNE di _____

e.p.c. Spett.ASL _____
S.C.FARMACEUTICA TERRITORIALE

e.p.c. Spett.ORDINE dei FARMACISTI
delle Province di Vercelli e Biella
(num.fax 0161/605417)

e.p.c. Spett.ASSOC. TITOLARI FARMACIA
delle Province di Vercelli e Biella
(num.fax 0161/251155)

Oggetto: proposta orario apertura farmacia

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

Titolare/Direttore della Farmacia _____

sita a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

ai sensi degli artt.4 e 12 L.R.14 maggio 1991 n.21 e dell'art.11 L.24 marzo 2012 n.27

PROPONE

il seguente orario di apertura della farmacia a far data dal _____ :

	lun	mar	mer	gio	ven	sab
mattino	dalle	dalle	dalle	dalle	dalle	dalle
	alle	alle	alle	alle	alle	alle
pomeriggio	dalle	dalle	dalle	dalle	dalle	dalle
	alle	alle	alle	alle	alle	alle

GIORNO DI RIPOSO: _____

APERTURE FESTIVITÀ: _____

In fede.-

Firma