

FARMACIA
(timbro e firma)

marca da bollo

ASL PESCARA
UOSD SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE
Via R. Paolini, 47
65124 PESCARA

OGGETTO: Richiesta corresponsione indennità di gestione del dispensario farmaceutico per il biennio

_____*

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
C.F. _____ titolare del Dispensario Farmaceutico
sito nel comune di _____ in via _____

ai sensi dell'art.3 della Legge 8 marzo 1968, n.221 e dell'art.2 della Legge Regionale 14 agosto 1981 n.28

presenta

istanza per ottenere il contributo di indennità di gestione del dispensario farmaceutico per l'anno ____*

A tal fine, secondo quanto previsto dall'art.4 della Legge 8 marzo 1968 n.221, allega alla presente domanda la documentazione di seguito meglio specificata:

- Certificato del Sindaco del Comune di _____ attestante:
 1. la regolare apertura del dispensario farmaceutico al pubblico
 2. che il locale adibito a dispensario è/non è messo a disposizione dal Comune

Pescara _____

IL TITOLARE

Codice IBAN del beneficiario: _____

* inserire l'anno di competenza

** l'anno di riferimento è quello dell'anno precedente a quello di presentazione dell'istanza