

NOTIFICA CHIUSURA FARMACIA PER MOTIVI PARTICOLARI

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

Titolare/Direttore della Farmacia (cod. _____) _____

sita in _____ via/piazza _____ n° _____

COMUNICA

la chiusura della farmacia nei giorni _____

per:

 decesso di un parente o affine entro il 3° grado urgenza manifesta o motivata

Distinti saluti.

Luogo, data _____

Timbro farmacia e firma titolare/direttore

Inviare a protocollo.aulss2@pecveneto.it e farmaceutico.asolo@aulss2.veneto.it (Distretto di Asolo) o farmaceutico@aulss2.veneto.it (Distretto di Pieve di Soligo) o segserfarmtv@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)