

Spazio riservato all'ufficio
Pervenuto il

Data, _____

All'AULSS 6 euganea
ex ULSS 16
protocollo.aulss6@pecveneto.it

All'Ordine dei Farmacisti
Della provincia di Padova
ordinefarmacistipd@pec.fofi.it

Il sottoscritto Dr. _____

titolare/direttore della Farmacia _____

sita nel Comune di _____

in via _____

comunica la chiusura per ferie della propria Farmacia:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

comunica che NON INTENDE CHIUDERE per ferie la propria Farmacia.

Il sottoscritto si è accordato con i titolari della zona e assicura che nel suddetto periodo sono aperte le seguenti Farmacie vicine:

1) _____

2) _____

Distinti saluti.

(Timbro della Farmacia)

(Firma del titolare/direttore)
