

DOMANDA DI AMMISSIONE

SPETT.LE
CONSIGLIO DIRETTIVO
Associazione TROVA IL TUO FARMACO

Via Raimondo Dalla Costa 197 - 41100 Modena
Tel.059-260457- Fax 059-260848

Il sottoscritto _____ nato/a _____
prov. ____ il _____, residente in _____ prov. ____
Via _____ nr. ____ cap. _____ cod.fisc. _____,
in qualità di

Titolare Direttore Erede Gestore Provvisorio Legale rapp.n.te

della Farmacia _____

con sede in _____ prov. ____ Via _____ nr. ____

cap. ____ tel. farmacia _____ fax _____

e-mail _____ cod.fisc. _____

p.iva _____

software-house * _____

* (indicare possibilmente anche un contatto tel/e-mail della software house di riferimento)

banca d'appoggio _____ filiale _____

codice iban _____

PREMESSO

di aver esaminato in tutte le sue disposizioni l'Atto Costitutivo e lo Statuto dell' Associazione Trova il Tuo Farmaco, con sede in Modena Via Raimondo dalla Costa 197, e di averle accettate nella loro integrità,

CHIEDE

di essere ammesso a far parte della compagine associativa.

data _____

In fede _____

*L'iscrizione a tale associazione e' gratuita e la quota annuale e' stata fissata **per il 2011 in 80 €**. È possibile consultare su www.trovailtuofarmaco.it la situazione in tempo reale con anche il posizionamento delle farmacie aderenti.*

Sono previsti 30 giorni di prova del servizio oltre i quali la farmacia dovrà regolarizzare la propria posizione.