

All'Asp di Agrigento
Area Gestione del farmaco
U.O.S. Vigilanza Farmacie

AGRIGENTO

Oggetto: vidimazione registro stupefacenti.

Il sottoscritto Dr/, in qualità di Titolare /Direttore della Farmacia
n° sede urbana di..... sita in Via.....
.....

Chiede

La vidimazione dell'allegato registro carico-scarico stupefacenti da utilizzarsi nella suddetta
farmacia.

FIRMA E TIMBRO

Agrigento li.....

.....

Delego al Ritiro il Sig.....

In possesso di valido documento di riconoscimento.

Documento di riconoscimento carta.....n°.....

rilasciato dalil.....

Agrigento li.....

FIRMA del DELEGATO

.....