



RENDICONTAZIONE ATTIVITA' FARMACISTI LIBERI PROFESSIONISTI IN FARMACIE APERTE AL PUBBLICO

Il/La sottoscritto dott.. della Farmacia: Codice: sita in località: Via/Piazza:	☐ Titolare ☐ Direttore Responsabile ☐ Gestore provvisorio
---	--

Comunica

che nel mese di i farmacisti liberi professionisti elencati nel prospetto hanno svolto il loro servizio presso la scrivente farmacia con il seguente impegno temporale:

NOME FARMACISTA	ISCRIZIONE ORDINE	TOTALE ORE

Data:.....

Il titolare/direttore/gest.prov.

.....