

Azienda/farmacia.....
.....

Spett.le

ASSOFARM
Federazione Aziende e Servizi
Socio Farmaceutici
Via Cavour,147
00184 Roma

OGGETTO:Richiesta di autorizzazione all'utilizzo del marchio per insegna luminosa con l'indicazione "farmacia comunale"

Con la presente nota si chiede l'autorizzazione all'utilizzo del marchio riguardante l'indicazione luminosa per la propria Azienda/Singolo Servizio Farmaceutico.....

.....

sita/o nel Comune di(Prov.....)

in Via..... n°.....

registrato da codesta Federazione con il n° AQ 2011C000074.

Cordiali saluti.

Firma

Data

.....