



## Campagna per la riduzione dei prezzi dei prodotti per la prima infanzia nelle Farmacie Comunali.

AZIENDA \ FARMACIA COMUNALE	:	
INDIRIZZO:		
CAP: COMUN	IE:	·
PROVINCIA:		
TEL.:	FA>	<b>:</b>
INDIRIZZO E-MAIL:		
1. La Farmacia/Azienda:		
Ha aderito		
Non ha aderito		
alla campagna per la riduzione Comunali?	e dei prezzi dei pr	odotti per la prima infanzia nelle Farmacie
2. La Farmacia/Azienda:		
Ha individuato		
Non ha individuato		*
un paniere personalizzato di p	rodotti per la prir	na infanzia?
3. La Farmacia/Azienda:		
Ha tenuto conto		]
Non ha tenuto conto		
		95

del paniere già fornito, a titolo di esempio, dalla Federazione?

Associata a Cispel – Confederazione Italiana Servizi Pubblici Economici Locali Associata a Federsalute – Membro dell'Unione Europea Farmacie Sociali

4. La Farmacia/Azienda:				
E' stata invitata				
Non è stata invitata				
ad aderire alla campagna per	· la riduzione de	el nrezzi del n	rodotti per la	i prima infanzi
Farmacie Comunali da parte			. odota por to	•
			, out to	
Farmacie Comunali da parte			, out of the second	

Grazie per la collaborazione

Associata a Cispel – Confederazione Italiana Servizi Pubblici Economici Locali Associata a Federsalute – Membro dell'Unione Europea Farmacie Sociali