

Spett.le  
A.S.SO.FARM.  
Farmacie Comunali, Aziende e  
Servizi Socio – Farmaceutici  
Roma

OGGETTO: *Richiesta di adesione.*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di Legale

Rappresentante dell'Azienda  Farmacia  \_\_\_\_\_

richiede l'ammissione della stessa ad A.S.SO.FARM., Farmacie Comunali Aziende e Servizi Socio – Farmaceutici.

Dichiara di conoscere ed accettare le norme dello Statuto di A.S.SO.FARM. e si impegna al versamento dei contributi associativi e al rispetto delle deliberazioni degli Organi statutari.

Data \_\_\_\_\_

Timbro \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*(leggibile)*

(Da compilare in stampatello)

DATA DI APERTURA			
DENOMINAZIONE			
INDIRIZZO			
LOCALITA' / CAP / PROVINCIA			
TELEFONO e FAX	TEL.	FAX	
E-MAIL			
SITO INTERNET			
ASL DI APPARTENENZA			
P.IVA			
CODICE FISCALE			
PRESIDENTE			
AMMINISTRATORE DELEGATO			
DIRETTORE GENERALE			
DIRETTORE AMMINISTRATIVO			
DIRETTORE COMMERCIALE			
DIRETTORE DI FARMACIA (se singola Farmacia)			
RESPONSABILE SERVIZI PROFESSIONALI E TECNICI			
RESPONSABILE AMMINISTRATIVO			
REFERENTE PER IL CCNL (se applica ex CCNL A.S.SO.FARM.)			
NUMERO FARMACIE GESTITE			
NUMERO FARMACIE GESTITE PER CONTO DI ALTRI COMUNI (SPECIFICARE LOCALITA')			
GESTIONE SERVIZI AGGIUNTIVI OLTRE ALLE FARMACIE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>Se si specificare: Barrare la casella interessata</i>		
COORDINATORE FARMACIE GESTITE PER CONTO			
APPLICA IL CCNL A.S.SO.FARM.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>Barrare la casella interessata</i>		
NUMERO DIPENDENTI IN SERVIZIO (Specificare full-time e part-time)	FULL TIME	PART TIME	
PREFERENZA MODALITA' RICEZIONE COMUNICAZIONI	EMAIL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> <i>Barrare la casella interessata</i>		

Data

Firma

(leggibile)