

Asseverazione del Professionista che assiste la Farmacia

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ con
Studio in _____, Via/Piazza _____, codice
fiscale _____, indirizzo PEC
_____, iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed
Esperti Contabili di _____ al n. _____, ovvero Revisore legale iscritto
nel Registro di cui al D.Lgs 39/2010 al n. _____, con riferimento alla circolare
Assofarm n. 179 del 11 maggio 2020, avente ad oggetto- Protocollo d'intesa tra il Commissario
straordinario Arcuri e le associazioni della distribuzione del farmaco - Modalità operative per la
richiesta del ristoro -,dall'esame delle rilevazioni contabili e della documentazione di supporto
messa a disposizione dalla Farmacia/Azienda _____, con
sede in _____, Via/Piazza _____, C.F.
_____, P.IVA _____, rappresentata dal Legale
rappresentante Dott. _____, nato a
_____, il _____, C.F.

Attesta

- che le fatture indicate dalla farmacia/azienda come base di calcolo del costo delle mascherine, e sotto riportate, sono effettivamente esistenti e risultano regolarmente registrate in contabilità;
- che il relativo costo è stato correttamente contabilizzato tra gli acquisti di merce.

Fattura n. del quantità mascherine costo unitario

Fattura n. del quantità mascherine costo unitario

.....

Luogo e data

Firma _____

Allegati:

Copia del documento del Professionista