

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)

Scheda inserimento dati anagrafici Aziende (Da compilare in stampatello)

DATI ANAGRAFICI AZIENDA/FARMACIA		
DENOMINAZIONE		
INDIRIZZO		
LOCALITA' / CAP / PROVINCIA		
TELEFONO e FAX	TEL.	FAX
DATA DI APERTURA		
FORMA DI GESTIONE <i>(Indicare se Comunale; Srl; Spa; in concessione a privato ecc ecc)</i>		
E-MAIL 1		
E-MAIL 2		
Posta Elettronica Certificata PEC		
SITO INTERNET		
ASL DI APPARTENENZA		
P.IVA		
CODICE FISCALE		
COMPOSIZIONE AZIENDA/ FARMACIA		
PRESIDENTE ED EMAIL		
AMMINISTRATORE DELEGATO ED EMAIL		
AMMINISTRATORE UNICO ED EMAIL		
DIRETTORE GENERALE ED EMAIL		
DIRETTORE /RESPONSABILE AMMINISTRATIVO ED EMAIL		
COORDINATORE /RESPONSABILE FARMACIE GESTITE		
RESPONSABILE SERVIZI PROFESSIONALI E TECNICI ED EMAIL		
REFERENTE PER IL CCNL <i>(se applica ex CCNL A.S.SO.FARM.)</i>		
Altre figure		
NUMERO FARMACIE GESTITE		
NUMERO FARMACIE GESTITE PER CONTO DI ALTRI COMUNI <i>(SPECIFICARE LOCALITA')</i>		
GESTIONE SERVIZI AGGIUNTIVI OLTRE ALLE FARMACIE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>Barrare la casella interessata</i>	<i>Se si specificare:</i>
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 <i>(Specificare full-time e part-time)</i>	FULL TIME	PART TIME

data

Firma (leggibile)