



MODELLO DI ADESIONE al protocollo di intesa
tra ASL TA e PARAFARMACIE
per l'erogazione dei servizi di prenotazione, modifica e cancellazione delle
prestazioni specialistiche ambulatoriali

➤ **Al Direttore Generale ASL TA**
Viale Virgilio n. 31
TARANTO

la Parafarmacia“.....” (d’ora in poi Parafarmacia) con sede legale in, Via n.
P.I.:, codice identificativo univoco del Ministero della Salute n.
....., nella persona del suo Legale Rappresentante Dr.,
nato a il

CHIEDE

Di aderire al protocollo di intesa tra ASL TA e le PARAFARMACIE per l'erogazione dei servizi di prenotazione, modifica e cancellazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ASL TA n. 1214 del 03/09/2015 e successiva Deliberazione n. 4 del 09/01/2018.

A tal fine comunica:

- che l'indirizzo e-mail a cui la ASL dovrà inviare il modello di protocollo di intesa da sottoscrivere è il seguente:
- che l'indirizzo a cui la ASL TA dovrà inviare a mezzo Raccomandata Postale A.R., copia in originale sottoscritta del protocollo di intesa è il seguente:

Taranto li

IL LEGALE RAPPRESENTANTE della PARAFARMACIA

.....