

ISTANZA

PER L'ISCRIZIONE NEL REGISTRO DEGLI ESERCIZI COMMERCIALI AUTORIZZATI ALLA GESTIONE DEI BUONI DI ACQUISTO DI PRODOTTI SENZA GLUTINE DELLA REGIONE PUGLIA

Alla ASL \_\_\_\_\_ (Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, con riferimento alla Sede di Attività che si intende iscrivere)
Area Gestione Servizio Farmaceutico

e, p.c.

Alla Regione Puglia – Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione – Ufficio Politiche del Farmaco

Il sottoscritto, firmatario della presente:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale [grid]

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

In qualità di:

[ ] Titolare dell'omonima impresa individuale

[ ] Legale rappresentante di:

\_\_\_\_\_

Codice Fiscale [grid]

P.IVA [grid]

