

FARMACIA _____

Via _____

_____ - _____ (MT)

Al Servizio Farmaceutico
ASM - Matera
Via Montescaglioso, s.n.
75100 - MATERA

p.c. Ordine dei farmacisti
della Provincia di Matera
Via Olivetti, 151/1
75100 - MATERA

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa _____, titolare della
farmacia _____ con sede in _____ (MT),
comunica che a seguito dell'iscrizione del/della dr./dr.ssa _____
all'Ordine dei farmacisti della Provincia di Matera in data ___/___/___ con numero di iscrizione
_____, lo/la stesso/a presta servizio nella farmacia in qualità di Collaboratore di farmacia in regime
di impresa familiare ex art. 230-*bis* del Codice Civile dal ___/___/___.

Luogo e data _____

In fede

(timbro farmacia e firma del titolare)