

FARMACIA _____

VIA _____

_____ - _____ (MT)

**AL SERVIZIO FARMACEUTICO
A.S.M. - MATERA
VIA MONTECAGLIOSO, S.N.
75100 - MATERA**

**p.c. ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
VIA A. OLIVETTI, 151
75100 - MATERA**

Si comunica per gli atti di Vostra competenza, che a far data dal _____, il/la
dr./dr.ssa _____, nato/a a _____
il _____ e regolarmente iscritto/a all'Albo dei farmacisti della Provincia di
Matera dal _____ al n. _____, non presta più attività professionale di
farmacista collaboratore presso questa farmacia.

Distinti saluti

luogo e data

In fede (titolare/direttore farmacia)

