

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 che il/la dr./dr.ssa _____,
nato/a a _____ il _____ e regolarmente iscritto/a all'Albo
dei farmacisti della Provincia di Matera dal _____ al n. _____, presterà attività
professionale di farmacista collaboratore presso questa farmacia dal _____ al _____.

Tanto si comunica per gli atti di Vostra competenza.

Distinti saluti

Luogo e data

In fede (titolare/direttore farmacia)
