

FARMACIA \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Con la presente si comunica che il/la dr./dr.ssa \_\_\_\_\_,  
iscritto/a all'Ordine dei farmacisti della Provincia di Matera dal \_\_\_\_\_, sospenderà la  
prescritta pratica professionale ai sensi dell'art. 6 della Legge n. 892/1984 presso questa farmacia  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Tanto si comunica per gli atti di Vostra competenza.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Luogo e data

Timbro e Firma Titolare/Direttore

\_\_\_\_\_