

Al Responsabile del
Servizio Farmaceutico
della A.S.L. N°

.....

e.p.c.

Al Presidente
dell'Ordine Interprovinciale dei Farmacisti
di Sassari e Olbia-Tempio

COLLABORAZIONE IN FARMACIA

Con la presente Vi comunico di avere in servizio, presso la mia Farmacia sita in
Via, il Dott. /la Dott.ssa
nato/a ail..... residente a.....
Via.....
iscritto/a all'Albo dei Farmacisti della Provincia di, assunto/a in data
..... fino al con la qualifica di
con il seguente orario di lavoro.....

**Il Titolare della Farmacia
Timbro e Firma**

....., li.....