

Farmacia _____

Trieste.....

Spett.le
A.S.S.N. 1 - Triestina
Via Sai 1 - 3
34127 TRIESTE

e p.c.

Spett.le
Ordine dei Farmacisti
della provincia di Trieste

Il sottoscritto dott. _____ titolare della farmacia sopra indicata,
comunica che il farmacista:

COGNOME _____ NOME _____

nato a _____ IL _____

iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Trieste dal _____

al n. _____ ha cessato il servizio presso questa farmacia in data _____

Distinti saluti

(firma titolare e timbro farmacia)