

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 prestato servizio presso questa farmacia dal _____

al _____

Distinti saluti

(firma titolare e timbro farmacia)