

Farmacia _____

Trieste, _____

Con il presente documento il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____
_____ titolare/direttore della farmacia _____
sita in _____

delega

il/la collega dr./dr.ssa _____ e, in sua assenza,
il/la collega dr./dr.ssa _____ alla firma del bollettario
buoni acquisto previsto dalle normative vigenti.

(firma e timbro farmacia)

Per accettazione:

dr./dr.ssa _____

iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti di Trieste al n. _____

Firma _____

Per accettazione:

dr./dr.ssa _____

iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Farmacisti di Trieste al n. _____

Firma _____