

Esercizio Commerciale diverso dalla farmacia / Ditta (1)

---

---

---

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 \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell' Esercizio

Commerciale diverso dalla farmacia / Ditta (1) sopra indicato/a, comunica che il farmacista:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

al n \_\_\_\_\_ non è più impiegato presso questo Esercizio Commerciale diverso dalla farmacia / Ditta

(1) dal \_\_\_\_\_

Distinti saluti.

( firma e timbro )

(1) barrare la voce che non interessa