



DICHIARAZIONE EROGAZIONE NUOVI SERVIZI IN FARMACIA

(restituire la presente dichiarazione debitamente compilata e sottoscritta)

Il/ La sottoscritto/a _____

Titolare/legale rappresentante della Farmacia _____

Dichiara:

- ☐ Che la Farmacia in oggetto eroga le prestazioni sanitarie previste per la
" farmacia dei servizi "
- ☐ Che la Farmacia in oggetto non eroga le prestazioni sanitarie previste per la
" farmacia dei servizi "

(luogo , data)

(timbro e firma del titolare o rappresentante legale)