

Al Responsabile del
Servizio Farmaceutico
della A.S.L. N°

.....

e.p.c.

Al Presidente
dell'Ordine Interprovinciale dei Farmacisti
di Sassari e Olbia-Tempio

FINE COLLABORAZIONE IN FARMACIA

Con la presente Vi comunico che cesserà il servizio, presso la mia Farmacia sita in
Via, il Dott. /la Dott.ssa
nato/a ail..... residente a.....
Via.....
iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di, in data
Assunta/o il

Il Titolare della Farmacia
Timbro e Firma

....., li.....