

FARMACIA _____

VIA _____

cap _____ - località _____ (MT)

*AL SERV. FARMACEUTICO
A.S.M. - MATERA*

*ALL'ORDINE DEI FARMACISTI
DELLA PROVINCIA DI MATERA*

*AL/AI SIGG. SINDACO/I DEL/DEI COMUNE/I DEL
BACINO DI UTENZA*

*ALLA/ALLE FARMACIA/E
DEL BACINO DI UTENZA*

In ottemperanza alle disposizioni di cui al primo comma dell'art. 10 della Legge Regionale Basilicata n. 29/2000,
il/la sottoscritto/a Titolare/Direttore dr/dr.ssa _____,

comunica che nel/nei giorno/i _____ p.v. la farmacia resterà chiusa per:

- a) gravi motivi di famiglia.
- b) malattia.

(barrare lettera che interessa)

_____, li _____

In fede

(timbro e firma)