

XVIII Giornata di Raccolta del Farmaco - 10 Febbraio 2018

Modulo Adesione Farmacia

COMPILARE IN STAMPATELLO e RESTITUIRE ai RIFERIMENTI sotto indicati

Farmacia SAGRIPANTI													
Ragione Sociale FARMACIA SAGRIPANTI S.R.L.		P. IVA <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px;"> <tr> <td>0</td><td>3</td><td>9</td><td>4</td><td>0</td><td>4</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>1</td><td>9</td> </tr> </table> (è importante indicare la P. Iva affinché l'amministrazione di Banco Farmaceutico possa spedire la ricevuta)	0	3	9	4	0	4	2	0	6	1	9
0	3	9	4	0	4	2	0	6	1	9			
Titolare ☒ Direttore	Cognome SAGRIPANTI	Nome MARIA LUISA											
Indirizzo V. TO SCARINI 11/13													
CAP 81030	Città ORTA DI ATELLA	Provincia											
Indirizzo e-mail: segreteria@farmacia-sagripanti.it (è fondamentale indicare l'indirizzo e-mail affinché l'amministrazione di Banco Farmaceutico possa spedire la ricevuta)													
Telefono 081/8916903		Fax											
Orari di apertura del giorno 10/02/2018		Giorno di chiusura											
Mattino: dalle: 8 alle: 20,30	Pomeriggio: dalle: alle:	MAI											
Distributore (fornitore)													
1° distributore FARMIA	2° distributore Quero												
Software gestionale utilizzato in farmacia: PHARMASOFT													
Erogazione liberale alla Fondazione Banco Farmaceutico onlus: € 150,00 *													
* (l'erogazione ha importo libero, seppur chiediamo che esso sia di un minimo di € 150,00 - importo necessario alla Fondazione per il perseguimento delle proprie finalità).													

Dichiaro di avere preso visione dell'informativa ex art. 13, D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ed esprimo il mio consenso al trattamento dei dati, nei limiti in cui lo stesso sia necessario.

Data, timbro e firma 24/12 FARMACIA Dott.ssa Maria Luisa Sagripanti s.a.s. della Dott.ssa Maria Luisa Sagripanti e c. Via Tocantini, 11/13 - Tel. 081/8916903 81030 ORTA DI ATELLA (CE) P.I./C.F.: 03940420619 - REA CE 285505	N.B. Il presente modulo di adesione è valido solo se accompagnato dalla copia della distinta del bonifico effettuato.
--	--

Da restituire:

Entro il	07.01.2018
All'indirizzo mail	napoli@bancofarmaceutico.org
Al numero di fax	081 0147244

ISTRUZIONI PER IL PAGAMENTO