

OGGETTO: DELEGA RITIRO FARMACO E/O MATERIALE SANITARIO

Io sottoscritto/a (cognome nome) _____ nato/a il
____/____/____ a _____ codice fiscale
_____ tel _____ e-
mail _____

DELEGO

(cognome e nome) _____ a ritirare il:

Farmaco e/o materiale sanitario	Conservazione/Trasporto a bassa temperatura? (Si/No)

Presso la Farmacia Territoriale per la successiva consegna a:

Cognome	Nome	Indirizzo di consegna

Si allega alla presente copia del documento di identità in corso di validità del delegato, del delegante e del piano terapeutico.

Luogo e data _____, ____/____/____

In Fede

Per ricevuta della consegna del su indicato farmaco confezioni n. _____ e/o materiale sanitario
effettuata in data ____/____/____ alle ore _____ ricevente
_____ in qualità di _____

Firma ricevente
