

Allegato 2

Richiesta vidimazione registro entrata e uscita delle sostanze stupefacenti di cui all'art. 60 c.1 DPR n. 309/90 e smi - **Farmacie Convenzionate AUSL Toscana Centro**

-----**Parte a) da compilare a cura del richiedente**-----

Alla AUSL Toscana Centro c/o Farmaceutica Territoriale

Area Empoli Firenze Pistoia Prato

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____

in qualità di Titolare unico Direttore , recapito telefonico _____

della FARMACIA denominata _____

sita in (via/Pzza e n.) _____

sede n. _____ del Comune di _____

Codice regionale _____

CHIEDE

la vidimazione del registro di entrata e uscita sostanze stupefacenti di cui all'art. 60, c.1, del DPR 309/90 e smi composto da N° _____ pagine per la seguente

motivazione (barrare)

Trasferimento di titolarità da _____ piva _____

a _____ piva _____

Esaurimento delle pagine del registro attualmente in uso

Altra motivazione (specificare) soggetta a valutazione _____

Si allegano:

1) registro mod ministeriale (DM20 aprile 1976) per farmacie

2) ricevuta di avvenuto versamento del diritto fisso di segreteria pari a € 16,00 fino a max 100 fogli, da 101 a 200 fogli € 32,00 sul c/c 0000046034 Intestato a Azienda USL Toscana Centro - BANCO BPM Società per Azioni – IBAN IT04 S 05034 02801 000000009615

Data _____

Timbro Farmacia _____

Firma titolare /direttore _____

-----**Parte b) Spazio riservato alla AUSL - consegna registro alla AUSL**-----

Il/La sottoscritto/a _____ dà atto che il registro di cui sopra costituito da n. _____ pagine è stato consegnato a questo servizio per le operazioni di

vidima in data _____; Il registro potrà essere ritirato a partire dal giorno _____ previa conferma telefonica al tel. _____ a cura di questo

servizio e pagamento diritti

Timbro del Servizio AUSL _____

Firma dell'incaricato/a AUSL _____

-----**Parte c) Spazio riservato alla AUSL- consegna registro vidimato al richiedente**-----

In data _____

si consegna il registro di cui sopra debitamente vidimato a (nome, cognome)

Firma del ricevente _____

Timbro e Firma incaricato/a AUSL _____