

1.2d

ATTO DI NOMINA DEL DIRETTORE

I sottoscritti:

▪ Dr.

nato a

il

residente a

Farmacista, codice fiscale

▪ Dr.

nato a

il

residente a

Farmacista, codice fiscale

▪ Dr.

nato a

il

residente a

Farmacista, codice fiscale

▪ Dr.

nato a

il

residente a

Farmacista, codice fiscale

▪ Dr.

nato a

il

residente a

Farmacista, codice fiscale

nella loro qualità di soci della società

con sede legale in

via ,

numero di iscrizione del Registro delle Imprese di Ferrara

N.REA

codice fiscale e partita iva

con oggetto la gestione della FARMACIA

corrente in

via

nominano

quale DIRETTORE RESPONSABILE della sopra citata Farmacia il/la Dr/Dott.ssa

che firma in calce per accettazione.

Distinti saluti.

data firma dei soci

firma per accettazione