

LEGGE N. 136 DEL 13/08/2010
(Piano straordinario contro le mafie)
MODULO DA RESTITUIRE COMPILATO E SOTTOSCRITTO

inviare a: farmaceutica.convenzionata@pec.ausl.fe.it

COMUNICO

In qualità di Titolare/Direttore Responsabile della Farmacia

P.IVA

COD.FISCALE

* gli estremi del conto corrente bancario dedicato sul quale l'Azienda USL di Ferrara dovrà effettuare i pagamenti relativi alla Farmaceutica mensile Convenzionata, all'Assistenza Integrativa e alla Distribuzione Farmaci per Conto:

IBAN IT

Banca di appoggio:

agenzia/filiale

* le generalità e il Codice Fiscale delle persone delegate ad operare su di esso:

oppure

* di aver ceduto il credito vantato nei confronti dell'Azienda USL di Ferrara derivante dalle Distinte mensili, relative alla Farmaceutica Convenzionata, all'Assistenza Integrativa e alla Distribuzione Farmaci per Conto,

alla Società

Mi impegno a comunicare ogni eventuale variazione del predetto conto corrente e dei soggetti autorizzati ad operare su di esso.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03.

Data

Timbro e firma

Allegare: copia documento identità valido, fronte e retro