

MODULO RICHIESTA CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

Il /La Sottoscritto/a

_____ C.F. _____
(Cognome Nome)

_____ C.F. _____
(Cognome Nome)

_____ C.F. _____
(Cognome Nome)

Residente in _____ Via/Piazza _____

Recapito Telefonico _____

RICHIEDE

Di usufruire del servizio di consegna a domicilio di farmaci, articoli sanitari e farmaci da banco disponibili in farmacia.

Dichiara di accettare la sostituzione con farmaco generico equivalente, salvo diversa indicazione del medico prescrittore. **SI NO**

Data, _____ Firma _____

Firma _____

Firma _____

Il /La Sottoscritto/a _____ esercente la potestà genitoriale per i famigliari minorenni, richiede il servizio per :

_____ C.F. _____

_____ C.F. _____