


RICHIESTA VIDIMA REGISTRO ENTRATA/USCITA STUPEFACENTI

Spett.le AULSS 8 Berica
 UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
 Corso SS. Felice e Fortunato, 229
 36100 Vicenza
 pec: servizio.farmaceutico.aulss8@pecveneto.it

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa

Nome e Cognome	
Titolare/direttore della Farmacia	
Codice	indirizzo

CHIEDE

la vidimazione di un Registro di entrata/uscita stupefacenti

Data _____

Timbro e firma _____

Per il ritiro delega il/la Sig./ra

Cognome	Nome
nato a	il

Documento d'identità delegante _____

Il/la Sig./ra

Cognome	Nome
nato a	il

ritira il registro stupefacenti vidimato

Documento d'identità _____

Alla presente si allega fotocopia del documento di riconoscimento della persona delegante.

Data _____

Firma _____

In data _____ si consegna n. 1 registro di entrata/uscita stupefacenti vidimato

Firma di chi consegna _____