



MODULO N.1

MODULO DI RICHIESTA CAMBIO DEPOSITO DPC (SIA PER FARMACI PHT CHE PER AUSILI DIABETICI) DI RIFERIMENTO PER LE FARMACIE CONVENZIONATE

Spett.li Federfarma (Prov.) _____
Indirizzo mail _____

PROMOFARMA SVILUPPO SRL -
Customer Service

dpc.puglia@promofarmasviluppo.it

e.p.c

ASL BA
Ufficio PHT
Lungomare Starita 6 - ex CTO
70126 BARI
ufficio.pht@asl.bari.it

Il sottoscritto Dr. _____ in qualità di Titolare/Direttore della Farmacia

Ragione Sociale Farmacia _____ P. IVA _____

Indirizzo Farmacia _____ Codice Farmacia _____

Chiede di effettuare, secondo le tempistiche stabilite dall'Accordo DPC Regionale (Farmaci PHT e Ausili Diabetici), il cambio del Deposito DPC di riferimento

da:

Ragione Sociale del Deposito DPC da revocare _____

Indirizzo del Deposito DPC da revocare _____

a:

Ragione Sociale del Nuovo Deposito DPC di riferimento _____

Indirizzo del Nuovo Deposito DPC di riferimento _____

LUOGO E DATA

FIRMA DEL FARMACISTA RICHIEDENTE

E TIMBRO DELLA FARMACIA
