



**MODELLO DI ADESIONE al protocollo di intesa  
tra ASL TA e PARAFARMACIE  
per l'erogazione dei servizi di prenotazione, modifica e cancellazione delle  
prestazioni specialistiche ambulatoriali**

➤ **Al Direttore Generale ASL TA**  
**Viale Virgilio n. 31**  
**TARANTO**

la Parafarmacia“.....” (d’ora in poi Parafarmacia) con sede legale in ....., Via ..... n. ....  
P.I.: ....., codice identificativo univoco del Ministero della Salute n. ....  
....., nella persona del suo Legale Rappresentante Dr. ....,  
nato a ..... il .....

**CHIEDE**

Di aderire al protocollo di intesa tra ASL TA e le PARAFARMACIE per l'erogazione dei servizi di prenotazione, modifica e cancellazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ASL TA n. 1214 del 03/09/2015 e successiva Deliberazione n. 4 del 09/01/2018.

A tal fine comunica:

- che l'indirizzo e-mail a cui la ASL dovrà inviare il modello di protocollo di intesa da sottoscrivere è il seguente: .....
- che l'indirizzo a cui la ASL TA dovrà inviare a mezzo Raccomandata Postale A.R., copia in originale sottoscritta del protocollo di intesa è il seguente: .....

Taranto li .....

IL LEGALE RAPPRESENTANTE della PARAFARMACIA

.....