

**MODULO DI RICHIESTA CAMBIO DEPOSITO DPC DI RIFERIMENTO PER LE FARMACIE
CONVENZIONATE TERRITORIALI**

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

Società Studiofarma
Customer Service
dpc.puglia@studiofarma.it

e, p.c.

A.Re.S. PUGLIA
Ufficio PHT
Via Gentile,52
70126 BARI
ufficiopht@arespuglia.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, 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

