

Allegato alla richiesta di adesione al Servizio “Pronto Farmaco”

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
in riferimento alla convenzione dd. 25/08/2025 per il Servizio di
distribuzione farmaci confezionati (della quale ha preso visione)

D E L E G A

la Famiglia Cooperativa Koenigsberg a ritirare i farmaci richiesti
alla Farmacia San Michele del Dott. Davide Tonon e a tenerli in
custodia fino al momento del ritiro da parte del sottoscritto.

Copia della presente viene consegnata alla Farmacia San Michele
del Dott. Davide Tonon ed alla Famiglia Cooperativa
Koenigsberg.

Data _____

Firma _____