



V9.2

Richiesta Credenziali Farmacia al CUP Aziendale di ASL Caserta

☐ Nuova abilitazione

☐ reset password

Codice regionale Farmacia _____

Denominazione Farmacia _____

Nome: _____

Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

E-mail: _____ Telefono: _____

si comunica di aver preso visione ed accettato convenzione ASL/FederfarmaCaserta

Timbro FARMACIA e Firma Titolare

Inviare a supporto.cup@aslcaserta.it

V.8.b