

Adesione Farmacia al CUP Aziendale di ASL Caserta

☐ **Nuova abilitazione**

☐ **Cambio abilitazione**

Nuovo Codice regionale Azienda _____ Vecchio codice regionale _____

Nuova Denominazione Farmacia _____

Vecchia Denominazione Farmacia _____

Indirizzo sede _____

Comune _____ CAP _____

Telefono _____ e-mail _____

PEC federfarma _____

Partita IVA: _____

rappresentante legale: _____

titolare: _____

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

Timbro FARMACIA e Firma Titolare

Inviare a supporto.cup@aslcaserta.it tramite pec federfarma