

**DOMANDA DI AMMISSIONE per il socio ordinario**

**Spettabile F.E.F  
Federazione Esercizi Farmaceutici  
Via Giulia 61/A  
34126 TRIESTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_ della :  
**Azienda**  
Nome \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Direttore \_\_\_\_\_  
**Eventuale sede legale**  
Nome della società e tipo \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
C. Fisc. P. I. \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di aderire alla F.E.F. Federazione Esercizi Farmaceutici, in qualità di **Socio Ordinario** e si impegna a versare, la quota associativa di € 150,00 secondo quanto deliberato annualmente dell'Assemblea degli Associati.

DICHIARA

**Di essere in possesso dei seguenti requisiti :**

**Laurea in** \_\_\_\_\_  
**Iscritta/o all'Ordine di** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_  
**Iscritto al Movimento Nazionale Liberi Farmacisti**  
**Autorizzazione all'esercizio n°** \_\_\_\_\_  
**Richiesta autorizzazione al Ministero della Sanità del** \_\_\_\_\_  
**Identificativo univoco per la tracciabilità del farmaco** \_\_\_\_\_

**Di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento dell'Associazione di cui possiede copia e di accettarne integralmente i principi, gli scopi e l'organizzazione.**

In fede (firma) \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

timbro Azienda