

ALLEGATO D

Utilizzare la Carta intestata della Farmacia

CONVENZIONE CUP _____

Bologna, ...

Spett.le
ASSOCIAZIONE DI RIFERIMENTO
(indicare l'associazione di appartenenza)

Egregi Signori,

Preso visione della Convenzione per l'espletamento del servizio di prenotazione e incasso tramite il sistema CUP, tra Associazione di riferimento e l'Azienda USL di Bologna, Delibera n. _____ del _____, confermo la mia ADESIONE alla stessa per ogni aspetto ad essa concernente senza eccezione alcuna.

Comunicherò ogni eventuale variazione delle condizioni di servizio della mia farmacia che si dovessero verificare.

I Titolari della Farmacia
Timbro, firma e data
