

Allegato E

Utilizzare la Carta intestata della Farmacia

CONVENZIONE CUP _____

Bologna, ...

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

Oggetto: Richiesta di attivazione 2° postazione Cup

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 _____, Il sottoscritto _____, in qualità di titolare della farmacia sopra intestata DICHIARA di essere nelle condizioni di poter svolgere il servizio secondo gli standard quantitativi e qualitativi richiesti dalla Convenzione e richiede l'attivazione della 2° postazione Cup.

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

I Titolari della Farmacia
Timbro, firma e data
