OGGETTO: DELEGA RITIRO FARMACO e/o AUSILIO

DA INVIARE a <u>fiorenzo.francioli@angeliinmoto.it</u> almeno sette giorni lavorativi prima della presunta consegna

lo sottoscritto/a (cogno	me nome)			
Nato/a a		il		
in cura presso		con il Dott		
Ove richiesto, la patolog	gia degli interessati d	è: "		
		DELEGO		
L'Associazio	one Angeli in Moto	- AiM nella persona (di (cognome	e nome)
a ritirare in mia vece il	farmaco e/o ausili	o di seguito indicato:		
Farmaco e/o ausilio			Conservazione/trasporto a bassa temperatura? (INDICARE SI oppure NO)	
PRESSO (barrare la voc	e necessaria) :			
☐ FARMACIA CENTRA	LIZZATA locali ex 118	8 c/o Presidio Ospedal	iero San Cam	illo De' Lellis.
☐				
per la successiva conseg	gna (si autorizza la c Cognome	hiamata al numero tel Indirizzo di cons		contatto telefonico (*)
(*) Si autorizza la chiamata a	al contatto telefonico sop	pra riportato per l'espletame	ento delle attivi	tà richieste.
La suddetta consegna d	ovrà essere effettua	ata entro la data:		
Allego alla presente cop	oia del documento d	i identità e copia piano	o terapeutico	in corso di validita
luogo, dat	:a		in fede	
PER RICEVUTA DELLA CONS	EGNA DEL SU INDICATO	FARMACO CONFEZIONI N	I o A	USILIO
EFFETTUATA IN DATA		ALLE ORE		
RICEVENTE:		IN QUALITA' DI		
		FIRMA RICEVENTE:		