

**Spett.le**  
**Farmalucca**  
**Associazione Titolari di Farmacia di Lucca**  
**Via di Tiglio, 1893**  
**55100 S. Filippo - Lucca**

Lucca, li \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- Titolare della Farmacia \_\_\_\_\_
- Legale rappresentante della Farmacia \_\_\_\_\_
- Legale Rappresentante della società \_\_\_\_\_  
gestrice ai sensi di Legge, della farmacia \_\_\_\_\_

Cod. Reg.le \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_

Cod.Fiscale \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Loc. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

delega

ai sensi della Convenzione Nazionale sull'assistenza farmaceutica, l'Associazione Titolari di Farmacia di Lucca nella persona del

Presidente pro-tempore Dott. Elio Rossi,

all'inoltro alla propria ASL di competenza del file riepilogativo mensile dell'elaborazione delle ricette che viene consegnato mensilmente dal proprio Centro Tariffazione all'Associazione stessa.

TIMBRO e FIRMA

\_\_\_\_\_