Allegato 1

REGIONE PIEMONTE - SERVIZIO FARMACEUTICO

A.S.L. ☐☐☐ DISTRETTO ☐☐

COMUNICAZIONE DI 10 APERTURA FARMACIA

20 CHIUSURA FARMACIA 30 VARIAZIONE ALTRI DATI

DEL ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ CODICE FARMACIA ☐☐☐☐☐

A

Data Apertura/Chiusura gg/mm/aaaa ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Codice Fiscale

Cognome e Nome Titolare

Ragione Sociale

B

Indirizzo

Comune Prov. C.A.P.

Cod. Comune Tipo Farmacia (*) Tipo Gestione (**) Volume Affari (***)

C

Cod.Paese Cod.Contr. CIN Cod. ABI Cod. CAB Conto Corrente

IBAN

Cod.Associaz. % Serv.Resi Cod.Reg.Prec. Contr. Integrativo Serv.Fiscali (****)

Data ult. agg. ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ FIRMA _____

(*) 0 = Urbana
1 = Rurale
2 = Dispensata
3 = Succursale
4 = Sussidiata

(**) 0 = Privata
1 = Pubblica

(***) 0 = Fatturato inferiore a 258.228,45 €
1 = Fatturato superiore a 258.228,45 €
2 = Fatturato inferiore a 387.742,67 €
3 = Fatturato superiore a 387.742,67 €
4 = Con sconto SSN
5 = Con sconto SSN ridotto
6 = Esente sconto

(****) 0 = No
1 = Si