



**AZIENDA USL  
VALLE D'AOSTA**

**UNITÉ SANITAIRE LOCALE  
VALLÉE D'AOSTE**

**RICHIESTA DI INCONTRO CON LA S.C. FARMACIA  
DELL'AZIENDA USL DELLA VALLE D'AOSTA**

(Inviare a: [segreteriafarmacia@ausl.vda.it](mailto:segreteriafarmacia@ausl.vda.it))

Data della richiesta: \_\_\_\_\_

Azienda di appartenenza: \_\_\_\_\_

Ruolo: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome : \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Indirizzo mail: \_\_\_\_\_

Linea Prodotti: \_\_\_\_\_

**Scopo della presentazione:**

- Presentazione nuovo prodotto e/o modifiche d'uso prodotti già in commercio (specificare):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Altro (specificare):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ad uso interno:**

a cura della Segreteria della S.C. Farmacia

Incontro confermato per il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_