



**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)

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 _____