

SCHEDA ANAGRAFICA FARMACIA

(barrare le voci e compilare i campi vuoti)

FARMACIA:

- Urbana
- Rurale
- Pubblica
- Privata

RAGIONE SOCIALE _____

DENOMINAZIONE FARMACIA _____

TITOLARE FARMACIA _____

INDIRIZZO (Via/Fraz.) _____ Comune-CAP _____

TELEFONO _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

INDIRIZZO PEC _____

PARTITA IVA/ CODICE FISCALE _____

DIRETTORE _____

CODICE FISCALE DIRETTORE _____

BANCA DI ACCREDITO _____

AGENZIA DI ACCREDITO _____

COORDINATE BANCARIE IBAN _____

INDIRIZZO NSO _____

_____ lì _____
(luogo e data)

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE/DIRETTORE

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, si informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. I dati, il cui conferimento è obbligatorio, verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Si precisa che l'Informativa al trattamento dei dati dell'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta è pubblicata in forma completa sul sito www.ausl.vda.it, nella sezione Privacy.