

OGGETTO: DELEGA RITIRO FARMACO e/o AUSILIO

DA INVIARE a fiorenzo.francioli@angeliinmoto.it almeno sette giorni lavorativi prima della presunta consegna

Io sottoscritto/a (cognome nome)

Nato/a a il

in cura presso..... con il Dott.

Ove richiesto, la patologia degli interessati è: ""

DELEGO

L'Associazione Angeli in Moto - AiM nella persona di (cognome e nome)

.....

a ritirare in mia vece il farmaco e/o ausilio di seguito indicato:

Farmaco e/o ausilio	Conservazione/trasporto a bassa temperatura? (INDICARE SI oppure NO)

PRESSO (barrare la voce necessaria) :

☐ FARMACIA CENTRALIZZATA locali ex 118 c/o Presidio Ospedaliero San Camillo De' Lellis.

☐

per la successiva consegna (si autorizza la chiamata al numero telefonico sotto indicato) a:

Nome	Cognome	Indirizzo di consegna	Contatto telefonico (*)

(*) Si autorizza la chiamata al contatto telefonico sopra riportato per l'espletamento delle attività richieste.

La suddetta consegna dovrà essere effettuata entro la data:

Allego alla presente copia del documento di identità e copia piano terapeutico in corso di validità

luogo....., data in fede

.....

PER RICEVUTA DELLA CONSEGNA DEL SU INDICATO FARMACO CONFEZIONI N. _____ o AUSILIO

EFFETTUATA IN DATA _____ ALLE ORE _____

RICEVENTE: _____ IN QUALITA' DI _____

FIRMA RICEVENTE: _____