

Spett.le Azienda USL di Ferrara

Cod. 109

Farmacia

cod.

Via

n.

C.A.P.

Località

Comune

Prov.

Cod. fisc.

Partita IVA

Ai sensi dell'art. 8 comma 4 del D.P.R. 08/07/1998 n. 371 (Convenzione), si richiede un acconto, pari al 50% di un dodicesimo dei corrispettivi dovuti dal S.S.N. a fronte delle ricette spedite nell'anno precedente, di €

da liquidarsi con le modalità stabilite dalla Regione Emilia Romagna.

**Qualora nel corso dell'anno intervenissero variazioni di titolarità della Farmacia, l'acconto di cui alla presente richiesta sarà corrisposto dal sottoscritto al nuovo titolare, e quest'ultimo dovrà restituirlo all'Azienda USL di Ferrara nel mese di Dicembre dell'anno corrente.**

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

firma del legale rappresentante  
e timbro della Farmacia

---