



Cooperativa Sociale MANI TESE

@ - prontofarmaco@manitesecoop.com



3510932142



CONFCOOPERATIVE

Abruzzo

MODULO di DOMANDA e ISCRIZIONE a PRONTO FARMACO

Il sottoscritto/a nome: _____ cognome: _____

data di nascita: _____ località: _____

residente a: _____ via/p.zza _____

tel.: _____ dichiara di essere: _____

11

Over 65 privi di rete socio-familiare

Persone con disabilità e/o invalidità riconosciuta

Chiede di essere inserito nelle liste del Servizio Pronto Farmaco e a tal fine dichiara:

1. di accettare eventuali controlli per l'autocertificazione;
2. di conoscere e accettare le norme che regolano il servizio;
3. di consentire alla Cooperativa Sociale Mani Tese l'utilizzo dei propri dati personali, ai soli fini della dell'espletamento del servizio (D.Lgs. 101/2018);
4. di comunicare alla Cooperativa Sociale Mani Tese il venir meno delle condizioni suddette.
5. di impegnarsi al rimborso del documento fiscale presentato al momento della consegna . Il mancato rimborso comporterà la sospensione del servizio .

In fede

Luogo e data _____ Firma _____

[illegible]

Luogo e data _____ Timbro e Firma _____

Assistente Sociale

- Allegare Codice Fiscale del Richiedente
- Documento d' Identità in corso di Validità del Richiedente



Consegna farmaci a domicilio