

Bologna, _____

Spett.le **Ordine dei Farmacisti della
Provincia di Bologna**
via Garibaldi 3
40124 BOLOGNA

segreteria@ordfarmbo.it

Oggetto: chiusura per ferie anno _____

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ titolare/direttore della Farmacia
_____ comunica che per l'anno _____ la farmacia

non chiude per ferie

chiude per ferie nel/i seguente/i periodo/i dal _____ **al** _____

ed eventualmente (se le ferie vengono suddivise in due periodi) dal _____ al _____

non presta servizio di turno nel periodo/i di ferie sopra indicato/i

Durante il periodo di chiusura la **farmacia aperta più vicina** è: _____

Cordiali saluti.

Timbro della Farmacia

Firma del II Titolare/Direttore _____