

MODULO DI COMUNICAZIONE VARIAZIONE INTESTATARIO TOKEN

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
Codice Fiscale: _____ in qualità di Titolare / Direttore Responsabile
della Farmacia: _____ Sita in: _____ Codice
Regionale: _____ Telefono: _____ email: _____

COMUNICA

che, ai fini del collegamento verso i servizi SIST per la gestione della ricetta dematerializzata, l'intestatario del token è variato come segue:

PRECEDENTE INTESTATARIO:

Dott./Dott.ssa: _____
Codice Fiscale: _____

NUOVO INTESTATARIO:

Dott./Dott.ssa: _____
Codice Fiscale: _____

Luogo e Data: _____, li _____

FIRMA
(Titolare/Direttore)
