

**OGGETTO: DELEGA RITIRO FARMACO e/o AUSILIO**

DA INVIARE a [fiorenzo.francioli@angeliinmoto.it](mailto: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.

UOC – Farmacia Ospedale San Camillo de Lellis - Rieti

.....

per la successiva consegna a:

Nome	Cognome	Indirizzo di consegna	Contatto telefonico

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: \_\_\_\_\_