

Modulo di richiesta **SCONTO FARMACI DI FASCIA C**

Alla Fondazione Serenità Onlus
ed alla Farmacia Piizzi dr. G.ppe
Moliterno

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a il / / , a _____ Prov. ()

e residente in Moliterno in via _____

CHIEDE

di poter usufruire dello **SCONTO del 25% sui FARMACI DI FASCIA C**
così come previsto dalla Vs iniziativa.

Dichiara :

di utilizzare i seguenti farmaci di fascia C : _____

di non utilizzare ad oggi farmaci di fascia C

il mio nucleo familiare è composto da n. ___ persone ed il mio reddito
annuale è inferiore a: € 6000; € 10.000 ; € 16.000

In Fede

Moliterno lì / / 2016
