

Farmacrini Imbesi – Gruppo Farmacie Italiane

Viale Europa 76/78 - Roma (E.U.R.)

CONSEGNA GRATUITA DEI FARMACI A DOMICILIO

#VOIRESTATEACASA

DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Domiciliato/a a _____ in Via/Viale/Piazza _____

Telefono _____

Documento d'identità _____

N° _____

Rilasciata da _____

Scadenza _____

Tessera sanitaria n. _____

INCARICA

Il Sig. _____

A RITIRARE

presso lo Studio Medico del Dott./ssa _____

con sede a Roma in Via/Viale/Piazza _____

Telefono _____

le ricette da quest'ultimo emesse ed intestate allo scrivente, con preghiera di reperire i farmaci prescritti nelle ricette stesse e di consegnarli nel più breve tempo possibile al proprio domicilio, salvo l'obbligo del sottoscritto di rimborsare al predetto incaricato quanto corrisposto o dovuto a titolo di prezzo e/o ticket relativi ai farmaci stessi.

Inoltre, anche tenuto conto che il presente incarico è stato conferito su iniziativa esclusiva e nell'interesse precipuo del sottoscritto, deve restare ben ferma la sua piena ed insindacabile revocabilità in qualsiasi momento e senza preavviso alcuno. Dichiaro infine di esser edotto dei diritti a me derivanti dal D.Lgs 196/2003 ed acconsento al trattamento dei miei dati, da parte dell'incaricato, con le modalità e per le finalità indicate nel D.Lgs ora citato e comunque negli ambiti strettamente connessi e strumenti all'espletamento dell'incarico conferito-

Roma, ____/____/2020

Firma leggibile