

AI PRESIDENTE  
dell'Associazione Prov.le Titolari di Farmacia  
Via Gramsci, 103  
71100 F O G G I A

OGGETTO: Domanda di iscrizione

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nella qualità di Titolare/Direttore responsabile della farmacia sita in \_\_\_\_\_  
alla via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Preso visione dello Statuto dell'Associazione Provinciale Titolari di farmacia della Provincia di Foggia,  
chiede con la presente di essere ammesso a farne parte nella qualità di socio.

Fiducioso sull'accoglimento della presente, porge distinti saluti.

(Timbro e Firma)

(all. copia decreto autorizzazione apertura esercizio)

## DELEGA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nella qualità di Titolare/Direttore responsabile della farmacia sita in \_\_\_\_\_  
alla via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Codice Farmacia \_\_\_\_\_; iscritto all'Associazione Provinciale Titolari di Farmacia di Foggia,  
aderente alla FEDERFARMA,

presa visione

della Legge 4 Giugno 1973 n. 311 (estensione del servizio di riscossione dei contributi associativi  
tramite gli Enti previdenziali),

presa conoscenza

dell'ordine del giorno approvato il 3 febbraio 1974 dall'Assemblea Straordinaria della FEDERFARMA,

preso atto

delle esigenze della propria Federazione sindacale per il conseguimento degli scopi statutari,

## DELEGA

L'Azienda USL, quale rappresentante degli altri Enti Mutualistici firmatari della Convenzione Nazionale Farmaceutica, a trattenere mensilmente lo 0,10% dell'importo lordo delle competenze maturate per la farmacia di cui sopra sulle forniture farmaceutiche agli assistiti del SSN di cui alla richiamata Convenzione Nazionale Farmaceutica;

delega, altresì, l'azienda USL a rimettere il 50% di detta somma alla FEDERFARMA (nella sua sede di Via Emanuele Filiberto, 190 – ROMA) con versamento da effettuarsi alla maturazione delle competenze mensili sul c/c n.11648 presso il Banco di S.Spirito – Agenzia 9 – Roma – Via Tiburtina, n.8183, intestato alla FEDERFARMA ed il restante 50% all'Ass.Prov.le Titolari di Farmacia – Foggia, con versamento sul Credito Emiliano – IBAN IT39 I030 3215 7000 1000 0011 254.

Esonera, pertanto, l'azienda USL e gli altri Enti da essa rappresentati da ogni responsabilità in merito alla ritenuta in oggetto.

Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)