

MODULO DI ADESIONE

Io sottoscritto, Dr. / Dott.ssa **NICANDRI ELISA**

titolare o direttore tecnico o legale rappresentante della farmacia **FARMACIA ROVEDA DI FARMACIE VITTORIA S R L (030-327-02572)**

Indirizzo della farmacia **VIA C BATTISTI, 85**

Comune **MOGLIA**

Provincia **MN**

Regione **LOMBARDIA**

Azienda Sanitaria di riferimento **ATS DELLA VAL PADANA**

DICHIARO

- di aderire al protocollo d'intesa sottoscritto dal Commissario Straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto all'emergenza epidemiologica COVID-19, d'intesa con il Ministro della salute, e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle farmacie italiane, per la cessione al pubblico dei dispositivi di protezione individuale di tipo FFP2, rispondenti ai requisiti minimi indicati all'articolo 1 dello stesso protocollo d'intesa
- di impegnarmi ad applicare un prezzo massimo di vendita al pubblico **non superiore** a € 0,75(zero/75) IVA compresa, per ciascun pezzo venduto in confezione singola e integra, nonché a valutare la possibilità di praticare offerte migliorative rispetto al prezzo finale di vendita applicato per il singolo acquisto, nel caso di acquisti multipli, comunque in confezioni singole o multiple integre.

Data **09/02/2022**

Firma **NICANDRI ELISA**