

**Richiesta vidimazione registro sostanze stupefacenti e psicotrope di cui agli artt. 61-62
DPR n. 309/90 e ss.mm.ii.**

Il sottoscritto _____ in qualità di

Titolare/Direttore di :

- Farmacia
- Casa di Cura con annesso servizio di Farmacia interna
- Casa di Cura priva del servizio di Farmacia interna
- Deposito/Distributore/Officina

Denominazione: _____

Sede Legale:

Via/Piazza _____ n. _____

cap. _____ Comune _____ Recapito telefonico _____

Indirizzo mail _____

CHIEDE

la vidimazione del registro sostanze stupefacenti o psicotrope di cui al DPR 309/90 ss.mm.ii. per:

art.42 CARICO E SCARICO

(al momento del ritiro va consegnato un registro vuoto/non intestato da n. 34/100 pagine tipo Buffetti)

artt.61-62 ENTRATA E USCITA

(al momento del ritiro va consegnato un registro vuoto/non intestato da n. 50 pagine tipo Buffetti)

Data

Timbro e Firma del Titolare/Direttore

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA PER LA CONSEGNA.

Consegnato il giorno _____

Registro: n. pagine _____

Timbro e Firma del Responsabile

Firma per Ricevuta
