

## TRASMISSIONE A MEZZO FAX AL N. 0689280986

Spett.le FEDERFARMA

**Oggetto:** Adesione alla Convenzione Carta Acquisti

Il sottoscritto, 

--	--

  
*Nome* *Cognome*

titolare  socio  ovvero direttore  della farmacia i cui dati sono appresso indicati:

Codice farmacia <sup>1</sup>		ASL di appartenenza		Sigla provincia	
Ragione sociale/Denominazione					
Partita IVA					
Indirizzo sede					
Comune				CAP	
Telefono		Telefono 2		Fax	
Posta elettronica					

associato a Federfarma, preso atto della Convenzione avente ad oggetto il riconoscimento di condizioni agevolate di acquisto, con esclusione dei medicinali e del ticket, ai titolari della carta acquisti di cui all'articolo 81, comma 32, del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2008, n. 133 stipulata tra FEDERFARMA e il Ministero dell'economia e delle finanze ed il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, (di seguito la Convenzione),

### DICHIARA

- a) di aderire alla Convenzione e di impegnarsi ad adempiere a tutti gli obblighi ivi previsti;
- b) che i benefici di cui all'articolo 4 della Convenzione sono riconosciuti dalla farmacia sopra indicata alla quale è stato assegnato un MCC 5912 (codice di riconoscimento del POS);
- c) di avvalersi della/e seguente/i metodologia/e di riconoscimento della Carta Acquisti di cui all'articolo 5.2 della Convenzione:

Riconoscimento visivo	
Riconoscimento elettronico	

*(barrare una o ambedue le caselle a seconda del tipo di riconoscimento della Carta Acquisti)*

- d) di avvalersi della [delle] seguente[i] modalità primaria di riconoscimento del beneficio di cui all'art. 4

Sconto immediato	
Buono acquisto	

*(barrare una o ambedue le caselle a seconda del tipo della modalità di riconoscimento dello sconto)*

Luogo e data

Firma e Timbro

<sup>1</sup> E' il codice che identifica la farmacia nei rapporti con la ASL (generalmente è riportato sul timbro della farmacia).