

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE INCARICO

(da compilare a cura della Persona Responsabile delle Vendite o del Deposito)

Il sottoscritto / la sottoscritta

(nome) _____ (cognome) _____

nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ Via _____

dichiara

di accettare l'incarico di Responsabile per l'attività di

commercio all'ingrosso

deposito

vendita diretta

di medicinali veterinari, come disciplinata dal D.Lgs 6 aprile 2006 n. 193, presso i locali
siti in _____

via _____ CAP _____

della Ditta _____

dichiara inoltreDi non ricoprire analogo incarico, né presso altri locali o sedi della Ditta in
oggetto, né presso altre DitteDi ricoprire analogo incarico presso altri locali o sedi della Ditta in oggetto
secondo il dettaglio di seguito riportatoDi ricoprire analogo incarico presso altre Ditte, secondo il dettaglio di seguito
riportato

DITTA	SEDE OPERATIVA	ORARIO DI ATTIVITA'

Di garantire la presenza presso il magazzino all'ingrosso o il deposito di
medicinali veterinari per un minimo di 4 ore giornaliereDi garantire la presenza presso la sede di vendita diretta negli orari di apertura
al pubblico

Luogo e data

FIRMA LEGGIBILE PER ESTESO

Se la firma non è autenticata, allegare fotocopia del documento di identità.

Allegato alla nota regionale prot. nr. 16438/27.03 del 01.12.2006