

C I T T A’ D I M A R I N O

Città metropolitana di Roma capitale

Provincia di Roma

***Servizi Sociali***

***P.zza della Repubblica,1 - 00047 Marino (RM)***

***Tel. 06/93662252/55/48/348/325 fax 06/93662253***

***protocollo@pec.comune.marino.rm.it***

Al Dirigente Area I Servizi Sociali

Dott.ssa Ludovica Iarussi [protocollo@pec.comune.marino.rm.it](mailto:protocollo@pec.comune.marino.rm.it)

Oggetto: richiesta iscrizione delle farmacie per emergenza Covid-19.

Il sottoscritto ……………………………………………..nato a ……………………il……………….

in qualità di responsabile/titolare della farmacia………………………………………………..

sito a Marino in via ……………………………………………………………………………………..

Cod. Fis./P. iva attività: ……………………………………………………………………………….

Telefono:………………………………………………………………………………………………….

Mail/pec: …………………………………………………………………………………………………

chiedo

di aderire a tale avviso, rendendomi disponibile a collaborare all’iniziativa per l’erogazione dei farmaci per una spesa massima di € 100.00 per nucleo famigliare vista l’emergenza Covid-19.

Inoltre, si propone una scontistica pari al ….% dell’importo.

Si comunicano le coordinate bancarie IBAN:……………………………………………………….

Sarà mia cura presentare copia degli scontrini rilasciati per gli acquisti effettuati.

Marino, ……………………….. Firma