

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 inoltre

Di non ricoprire analogo incarico, né presso altri locali o sedi della Ditta in oggetto, né presso altre Ditte

Di ricoprire analogo incarico presso altri locali o sedi della Ditta in oggetto secondo il dettaglio di seguito riportato

Di 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 giornaliere

Di 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