

LETTERA TRASMISSIONE (NO PEC) ELENCO STUPEFACENTI DA Distruggere

MITTENTE: FARMACIA / STRUTTURA / AMBULATORIO
(TIMBRO)

NUMERO DI PIANTA ORGANICA DELLA FARMACIA:

Spett.le AZIENDA U.S.L. DI PIACENZA
Via Antonio Anguissola, 15
29121 PIACENZA

c.a. U.O.C. Farmacia Territoriale

Con riferimento alla Vs. lettera Prot. del

il / la sottoscritto / a

Titolare / Direttore della Farmacia / Direttore Sanitario di

.....
trasmette **due elenchi cartacei**, entrambi **timbrati** e **firmati IN ORIGINALE** degli stupefacenti
scaduti al 30 aprile 2023, o comunque da considerarsi avariati e non più utilizzabili, di cui
chiede la distruzione.

Distinti saluti.

FIRMA

Data

Si Allegano:

- (1). **DUE ELENCHI** degli stupefacenti **scaduti al 30 aprile 2023** **entrambi timbrati** e **FIRMATI IN ORIGINALE**;
- (2). **RICEVUTA** del bonifico bancario di € 73,00 effettuato sul conto corrente:
IBAN: IT76S 03069 12765 100000046019 intestato all'Azienda Unità Sanitaria Locale di
Piacenza presso Banca Intesa Sanpaolo S.p.A. - Filiale di Parma - Piazza C. Battisti n. 1,
indicando nella causale del versamento "**DISTRUZIONE MEDICINALI STUPEFACENTI**".

La quota di € 73,00 è prevista dal Tariffario approvato con Delibera R.E.R. n. 69 del 22.12.2011 e confermato con Delibera R.E.R. n. 98 del 18.12.2012.