

# NUOVA Convenzione Federfarma

## Modulo di richiesta informazioni Convenzione Federfarma

(inviare a Federfarma Napoli - fax 081-5519297 )

Denominazione farmacia:	
Rappresentante legale:	
Indirizzo: Via	n.
Comune:	
Telefono:	e-mail:

Desidero ricevere informazioni sulla nuova convenzione  
**Federfarma**

### ***Farmacista Preparatore NON Abituale***

Convenzione Triennale

Quota annua

**€350 + iva**

### ***Farmacista Preparatore Abituale***

Convenzione Triennale

Quota annua

**€475 + iva**

Il Titolare