



# FEDERFARMA NAPOLI

Associazione Sindacale dei Titolari di  
Farmacia della Provincia di Napoli

Napoli 12 dicembre 2017

Il/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ titolare/ legale rappresentante  
della farmacia \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_,  
sita in \_\_\_\_\_ all'indirizzo \_\_\_\_\_

## DICHIARA

Che la farmacia è:

- Urbana con fatturato annuo al 31/12/2017 superiore a 300.000 Euro
- Urbana con fatturato annuo al 31/12/2017 non superiore a 300.000 Euro
- Rurale sussidiata con fatturato annuo al 31/12/2017 superiore a 450.000 Euro
- Rurale sussidiata con fatturato annuo al 31/12/2017 non superiore a 450.000 Euro

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del titolare / legale rappresentante

\_\_\_\_\_