



federfarma napoli

associazione sindacale titolari
di farmacia napoletani

Il Presidente

Napoli, 16 giugno 2017

Ai Titolari di Farmacia dell'ASL Napoli 1 Centro

Prot 272/17

Oggetto: Raccolta dati ai fini del pagamento da parte dell'Asl Napoli 1 Centro

Caro Collega,

al fine di scongiurare il ripetersi delle asimmetrie temporali e contabili che hanno caratterizzato le recenti liquidazioni delle mensilità di gennaio e febbraio u.s., in accordo con il nuovo Direttore Generale dell'Asl, ho condiviso l'opportunità di registrare l'anagrafica di tutti i Titolari di Farmacia insistenti sul territorio aziendale.

A tale scopo, Ti allego un modulo che Ti invito a compilare in modo chiaro e preciso, restituendolo alla scrivente Associazione, entro e non oltre la fine della prossima settimana a mezzo email o via fax. Tali dati saranno inseriti nel nuovo sistema informatico dell'Asl Napoli 1 Centro sostituendo e/o integrando i dati già presenti.

E' opportuno rispettare il termine della prossima settimana in quanto sono già in elaborazione i pagamenti relativi alle DCR delle mensilità di marzo ed aprile del c.a.

Grato per la collaborazione, in attesa di Tuo sollecito riscontro, Ti saluto cordialmente.

Michele Di Iorio

Allegato: modulo raccolta dati

DATI FARMACIA

DENOMINAZIONE FARMACIA			
COGNOME E NOME DEL TITOLARE O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE			
COGNOME E NOME DEL DIRETTORE			
DETTAGLI EVENTUALE GESTIONE SOSTITUTIVA			
INDIRIZZO			CAP
CODICE ASL FARMACIA	<input type="text"/>	DISTRETTO	<input type="text"/>
		TEL.	CELL.
PARTITA IVA	<input type="text"/>		
CODICE FISCALE	<input type="text"/>		
INDIRIZZO MAIL		INDIRIZZO MAIL PEC	

DATI BANCARI

NOME CESSIONARIO			
IBAN CESSIONARIO	<input type="text"/>		
DATA INIZIO CESSIONE	<input type="text"/>	DATA FINE CESSIONE	<input type="text"/>
BARRA LA CASELLA SE CLIENTE CREDIFARMA	<input type="checkbox"/>		
IBAN PROPRIA BANCA DI APPOGGIO (SOLO PER COLORO CHE NON UTILIZZANO SOCIETA' DI FACTORING)			
<input type="text"/>			

TIMBRO E FIRMA
