

ALLEGATO -E

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DI INCARICO DELLA PERSONA RESPONSABILE (DIRETTORE TECNICO) DI INGROSSO O DEPOSITO DI FARMACI MEDICINALI PER USO UMANO

(D.L.vo 219 del 24 aprile 2006 – D.P.R. 309/90)

Il Sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il _____ residente in _____
via _____ n. _____ laureato in _____ il _____
iscritto all'Ordine dei _____ della Provincia di _____
al n. _____ dal _____

DICHIARA

di accettare, assumendone tutte le relative responsabilità l'incarico di Persona Responsabile della Ditta/Società _____ presso la sede di _____ prov. di _____ via _____ n. ____, impegnandosi alla presenza, nel punto distributivo autorizzato, a carattere continuativo durante l'arco della giornata, e compatibilmente con le necessità derivanti dalle dimensioni dell'attività di distribuzione espletata.

Data _____

Firma

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'informativa sul trattamento e utilizzo di dati personali di cui al D.Lgs n.196/2003 s.m.i.e di esprimere il consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati dal titolare del trattamento anche con strumenti informatici per gli adempimenti connessi alla procedura.

Data _____

Firma