



c. a. Azienda Unità Sanitaria Locale 4 Teramo  
 Dirigente Responsabile  
 U.O.C. Servizio Farmaceutico Territoriale  
 Circ.ne Ragusa, 1  
 64100 T E R A M O T E

Oggetto: D.G.R. n.117 del 18.02.2008. Richiesta di stipula convenzione per l'erogazione di prodotti dietetici senza glutine.

Il/La sottoscritto/a ....., nato/a il.....  
 a..... e residente a ..... in.....  
 nella qualità di rappresentate legale/titolare della società/ditta individuale denominata .....  
 chiede di poter accedere al convenzionamento con codesta Azienda per l'erogazione dei prodotti destinati ai portatori del morbo celiaco essendo in possesso dei requisiti previsti dalla normativa indicata in oggetto.

Resta in attesa di ricevere notizie e documenti per il completamento dell'iter amministrativo segnalando che l'esercizio denominato ..... è ubicato in .....  
 .....

Cordiali saluti

....., li.....

.....  
 (Timbro e firma leggibile)

Allegati:

- copia fotostatica dell'autorizzazione amministrativa rilasciata dal Comune
- copia fotostatica del certificato di iscrizione alla C.C.I.A.A.
- copia del certificato di attribuzione della partita IVA
- planimetria dell'esercizio di vendita
- copia della convenzione stipulata con altra A.S.L. della Reg. Abruzzo\*

\*\*\*\*\*

\* Solo per esercizi commerciali già convenzionati con altre A.S.L. della Reg. Abruzzo