

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitaria de Sudtiroi

GESUNDHEITSBEZIRK
BOZEN

Verwaltungsbereich

Arzneimittel-
Verrechnungsamt

COMPENSORIO SANITARIO
DI BOLZANO

Settore Amministrativo

Ufficio Contabilizzazione
Ricette

An das Arzneimittel-Verrechnungsamt
Gesundheitsbezirk Bozen
Neubuchweg, 5
39100 BOZEN

All'Ufficio Contabilizzazione Ricette
Compensorio Sanitario di Bolzano
Via del Ronco, 5
39100 BOLZANO

Ich unterfertigte
geboren inam.....
wohnhaft

Con la presente, io sottoscritta/o
nata/o ail
residente a

habe den Dokortitel in seit dem
Jahrund die Befähigung zur
Ausübung der
und bin aufgrund des Dekretes des Landesrates für
Gesundheitswesen der Autonomen Provinz Bozen
Nr. vom ermächtigt,
die (Name, Ort und
Adresse)

laureata/o ed abilitata/o alla professione di
.....nell'anno ed autorizzata/o
all'esercizio della
(nome, località, indirizzo).....

zu betreiben. ich ersuche nun mit diesem
Schreiben, mit Wirkung ab ins
Vertragsverhältnis, nach den Bestimmungen des
geltenden Landesvertrages, über die Regelung der
Beziehungen mit den Apotheken und der anderen
geltenden Bestimmungen, mit diesem
Sanitätsbezirk, zwecks Verabreichung der
pharmazeutischen und integrierenden Betreuung an
die Versicherten, eintreten zu können.

con decreto dell'Assessore alla Sanità della
Provincia di Bolzano n.del
chiedo a far data daldi entrare in
rapporto convenzionale con codesto Compensorio
Sanitario per l'erogazione dell'assistenza
farmaceutica ed integrativa agli aventi diritto,
secondo le norme del vigente accordo provinciale
per la disciplina dei rapporti con le farmacie e di
altri accordi vigenti.

Nachstehend gebe ich mein Konto bekannt, auf das
meine Guthaben überwiesen werden können:

Comunico che il numero di conto corrente per
l'accredito delle competenze è il seguente:

Bank:.....

Banca:.....

Geschäftsstelle:.....

Filiale:.....

Kontoinhaber:.....

Intestatario conto:.....

IBAN:

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel oder Firmenname:

Timbro o ragione sociale:

STEUERNUMMER:.....

COD.FISCALE:.....

MEHRWERTSTEUER:.....

PARTITA IVA:.....

Ort und Datum:

Luogo e data:

Der Inhaber - Il/La titolare

Der/die Untergertigte erklärt, die aus der vorherighe
Führung der Apotheke eventuell entstehende Schulde
/Kredite, zu akzeptieren.

Il sottoscritto dichiara di accettare eventuali debiti/
crediti risultanti dalla precedente gestione della
precedente gestione della farmacia.

Der Inhaber - Il/La titolare