



## **ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI LIVORNO**

VIA ROSSINI, 4 – 57123 LIVORNO

TEL.0586/899063 - FAX. 0586/205841

E-mail: [ordfarli@gmail.com](mailto:ordfarli@gmail.com) – PEC: [ordinefarmacistili@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistili@pec.fofi.it)

Sito web: [www.ordinedefarmacistolivorno.com](http://www.ordinedefarmacistolivorno.com)

C.F./P.IVA : 80002120493

Elenco documenti necessari alla iscrizione all'Albo Professionale

1) Domanda di iscrizione diretta al Consiglio dell'Ordine (vedere facsimile) apporre marca da bollo di E 16,00

2) N. 2 fotografie formato tessera

3) Ricevuta del pagamento di E. 168,00 per la tassa di Concessione Governativa da effettuare sul conto corrente postale n.8003 intestato a "Agenzia delle entrate – Centro operativo di Pescara". Lo trovate precompilato alle poste.

4) Ricevuta del versamento sotto indicato Si dovrà procedere inoltre ai versamenti di:

a) Tassa di iscrizione ammontante a E. 25,82= e quota relativa all'anno in corso ammontante a E.110,00= ( Totale E 135,82)da versare tramite bonifico bancario su Credito Cooperativo di Castagneto C.cci c/c 1015280/9 ABI 08461 CAB 13900.

b) IBAN Banca di Credito Cooperativo di Castagneto C.cci :  
IT73U0846113900000010152809

5) moduli di posta certificata compilati. La riscossione delle quote associative degli anni successivi avverrà tramite ruoli bollettini freccia.

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI

DELLA PROVINCIA DI LIVORNO

Il/la sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_ al fine di facilitare le comunicazioni che l'Ordine deve tenere con gli iscritti all'Albo Professionale, solo ed esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, dichiara di essere laureato in \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ di essere abilitato presso l'Università di \_\_\_\_\_ nella sess. \_\_\_\_\_ (mese e anno)

di essere residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Fraz./Loc. \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_

di avere il proprio domicilio in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Fraz./Loc. \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_

Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

E – mail \_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_

e si impegna a comunicare alla Segreteria in forma scritta ogni variazione dei dati sopra

indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_