



Scheda: **CB1-D**

Per la **FUNZIONE** : **SANITA', ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**
TIPOLOGIA : **Farmacie / Depositi farmaceutici**

Pianificazione comunale

Comune di RIPACANDIDA

In riferimento alla struttura:

Farmacia in alternativa **Deposito farmaceutico**

Bacino d'utenza :

Denominazione : **Farmacia Palermo Roberto**

Struttura : ASL di appartenenza : **AZIENDA SANITARIA POTENZA_**

Orario in cui e' garantito il servizio :

Telefono : Fax :

Comune : **RIPACANDIDA** Località: **RIPACANDIDA**

Indirizzo : **VIA VITTORIO EMANUELE** CAP : **85020**

In riferimento al responsabile:

Responsabile : **Dr. Palermo Roberto_**

Nome Cognome Qualifica

Telefono : Cellulare :

Fax : e-mail :

Provincia : **_Potenza**

Comune : **Barile**

Indirizzo : _____

CAP : **85022**

In riferimento alla struttura:

Farmacia in alternativa **Deposito farmaceutico**

Bacino d'utenza :

Denominazione : _____

Struttura : ASL di appartenenza : _____

Orario in cui e' garantito il servizio :

Telefono : Fax :

Comune : _____ Località : _____

Indirizzo : _____ CAP :

In riferimento al responsabile:

Responsabile : _____

Nome Cognome Qualifica

Telefono : Cellulare :

Fax : e-mail :

Provincia : _____

Comune : _____

Indirizzo : _____

CAP :