



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 :