



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 : **0972645142** 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 :