

Al Consorzio Farmacisti Riuniti
Via G. Gozzi, 5
Pordenone

Oggetto: Domanda di adesione

Avendo letto la documentazione allegata alla presente domanda di adesione (lo Statuto, la Politica della Qualità, il Regolamento Interno, la Carta dei Valori, l'informativa sulla Privacy, il modulo attivazione protocollo goal e modulo liberatoria) ed accettandone le regole, **chiedo di aderire** al Consorzio Farmacisti Riuniti.

Dichiaro di non avere alla data odierna, procedure concorsuali a mio carico e di possedere tutti i requisiti richiesti dallo Statuto.

Con il presente documento **Delego il Consiglio di Amministrazione** a rappresentarmi nelle trattative commerciali e di marketing, nelle trattative sui servizi per l'attivazione degli stessi e ogni altra iniziativa, come stabilito da Statuto, che il CDA propone.

Fin da ora mi impegno ad inviare tramite il protocollo Goal di NewLine i dati di sell-out della mia Farmacia.

Il Consorzio Farmacisti Riuniti dovrà gestire tutti i dati in rispetto della **Legge sulla Privacy** e dare risposta dell'avvenuta accettazione definitiva della domanda entro sette mesi dalla data di richiesta (per i primi 6 mesi è prevista la fase di valutazione come socio aspirante consorziato e l'attivazione di alcuni servizi).

Data _____

Firma del titolare _____

Timbro Farmacia

