

CESSAZIONE ATTIVITA'

ATS
.....

Comune
(indicare il Comune in cui ha sede
l'esercizio commerciale)

Oggetto: Comunicazione in merito alla "Vendita dei farmaci da banco o prodotti non soggetti a prescrizione medica e/o dei farmaci di automedicazione e/o di farmaci veterinari negli esercizi commerciali". Cessazione attività

Il/La sottoscritta.....

Nato/a a il residente a.....(PR).....

C.F.....

Titolare dell'esercizio commerciale denominato.....

Con sede ain via.....

Iscrizione alla Camera di Commercio di al n.....

n. REAP. IVA

Comunicazione inizio attività commerciale (SCIA) presso il SUAP

del Comune diin data

Recapiti dell'esercizio commerciale:

Tel.Fax.

Indirizzo e-mail

Indirizzo PEC

COMUNICA

che il sopra descritto esercizio commerciale la **cui comunicazione di inizio attività** di "Vendita dei farmaci da banco o prodotti non soggetti a prescrizione medica e/o dei farmaci di automedicazione e/o di farmaci veterinari negli esercizi commerciali" è stata **inviata a codesta ATS in data**.....

A decorrere dal cesserà le seguenti attività:

- vendita medicinali non soggetti a prescrizione medica (s.o.p.) appartenenti alla classe di cui all'art.8, comma 10, lettera c) della L. 24.12.1993 n.537 e s.m.i.
- vendita medicinali di automedicazione (o.t.c.),
- vendita medicinali veterinari,
- vendita preparati officinali sterili che non prevedono presentazione di ricetta medica,

- vendita preparati officinali non sterili su scala ridotta che non prevedono presentazione di ricetta medica.

Comunica inoltre di aver provveduto a informare il Ministero della Salute per l'annullamento del codice di tracciabilità in data

..... li

(timbro e firma)

.....