

An das
Amt für Gesundheitssprengel – Amt 23.2
Kanonikus Michael-Gamper-Straße 1
39100 **BOZEN**
Fax Nr. 0471 418099

Spett.le
Ufficio Distretti Sanitari – Ufficio 23.2
Via Canonico Michael Gamper 1
39100 **BOLZANO**
Fax n. 0471 418099

An den
Bürgermeister der Gemeinde von

_____-Strasse / Platz
_____(PLZ) _____
Fax Nr. _____

Al
Sindaco del Comune di

Via / Piazza _____
_____(CAP) _____
Fax n. _____

Der/die unterfertigte
.....,
Inhaber/Direktor (nicht Zutreffendes strei-
chen) der Apotheke
.....
..... (Name der Apotheke),
teilt mit, im Sinne des Artikels 6/bis des
Landesgesetzes Nr. 61 vom 29. Dezem-
ber 1976, in geltender Fassung, dass die
Apotheke aus Familiengründen an folgen-
den Tagen geschlossen bleibt (höchstens
3 Tage):
1. Tag / 1° giorno
2. Tag / 2° giorno
3. Tag / 3° giorno

Il/la sottoscritto/a
.....,
titolare/direttore (cancellare la voce che
non interessa) della farmacia
.....
..... (denominazione della farmacia),
comunica ai sensi dell'articolo 6/bis della
legge provinciale 29 dicembre 1976, n. 61,
e successive modificazioni ed integrazioni,
che la farmacia resterà chiusa per motivi
famigliari nei seguenti giorni (massimo 3
giorni):

Datum/data

Name der Apotheke/Denominazione
farmacia
Gemeinde/Comune