

LETTERA PER TRASMISSIONE (NO PEC) ELENCO STUPEFACENTI DA DISTRUGGERE

MITTENTE: FARMACIA / STRUTTURA / AMBULATORIO  
(TIMBRO)

NUMERO DI PIANTA ORGANICA DELLA FARMACIA:

Spett.le AZIENDA U.S.L. DI PIACENZA  
Via Antonio Anguissola, 15  
29121 PIACENZA

c.a. U.O.C. Farmacia Territoriale

Con riferimento alla Vs. lettera Prot. .... del .....

il / la sottoscritto / a .....

Titolare / Direttore della Farmacia / Direttore Sanitario di

.....  
trasmette due elenchi cartacei, entrambi timbrati e firmati IN ORIGINALE degli stupefacenti  
**scaduti al 31 Ottobre 2024**, o comunque da considerarsi avariati e non più utilizzabili, di cui  
chiede la distruzione.

Distinti saluti.

FIRMA .....

Data .....

Si Allegano:

- (1). DUE ELENCHI degli stupefacenti **scaduti al 31 Ottobre 2024** entrambi timbrati e FIRMATI IN ORIGINALE;
- (2). RICEVUTA del bonifico bancario di € 73,00 effettuato sul conto corrente:  
IBAN: IT76S 03069 12765 100000046019 intestato all'Azienda Unità Sanitaria Locale di  
Piacenza presso Banca Intesa Sanpaolo S.p.A. - Filiale di Parma - Piazza C. Battisti n. 1,  
indicando nella causale del versamento "**DISTRUZIONE MEDICINALI STUPEFACENTI**".

*La quota di € 73,00 è prevista dal Tariffario approvato con Delibera R.E.R. n. 69 del 22.12.2011 e confermato con Delibera R.E.R. n. 98 del 18.12.2012.*