



# Associazione Cure della Strada

*per curare se stessi e gli altri*

Sorrento

[www.curedellastrada.it](http://www.curedellastrada.it) - [curedellastrada@gmail.com](mailto:curedellastrada@gmail.com)

## **Progetto: "Farmaco Sospeso"** **Atto di adesione Farmacie**

La/Il sottoscritto/a dr.....  
Documento identità.....  
Iscritto all'Ordine Nazionale dei Farmacisti dal.....con n.....  
Telefono.....e-mail.....  
Titolare della Farmacia.....  
Partita IVA.....tel.....  
Sede in.....Via.....  
Sito internet.....

### **CHIEDE**

- Di aderire al Progetto "Farmaco Sospeso"
- Di essere libero di sciogliere tale adesione in qualsiasi momento

### **RICEVE:**

- la pubblicazione del suo logo sulla pagina web di "Farmaco Sospeso" di Cure della Strada, alla voce "Farmacie aderenti" con il link per l'accesso diretto al proprio sito, come pubblicità permanente;
- La partecipazione agli eventi in corso nell'anno di adesione con menzione ad apertura o chiusura lavori, per la presentazione del progetto "Farmaco Sospeso"
- Cartellonistica, materiale pubblicitario, blocchetti a contributo fisso, relativi al progetto "Farmaco Sospeso"
- Assistenza tecnica per l' utilizzo del database dedicato e assistenza commerciale per la contabilità del progetto "Farmaco Sospeso" con i consulenti di Cure della Strada
- L'invito a tutte le attività associative di Cure della Strada

Data e luogo

In fede

Firma e timbro della Farmacia