

**SOCIETA' COOPERATIVA FARMACEUTICA**  
**Via Passione n. 8 - 20122 MILANO**  
**Tel. 02/78.41.41 Fax 02/78.13.08**

\_\_\_\_\_ data

**DOMANDA DI TRAPASSO**

Il/La sottoscritto/a		
Nato/a a	Prov.	Il
Residente a (Località)		Cap
Via		Tel.
Intestatario/a di n°..... azioni di questa Società, allega certificati numero .....		
.....		

**CHIEDE**

A norma dell'art. 15 dello Statuto Sociale di poter trapassare n° \_\_\_\_\_ azioni ai seguenti Soci:

Partitario	SOCIO	N° Azioni da intestare

**IL BENEFICIARIO**

**IL CEDENTE**

\_\_\_\_\_

Autorizzato il trapasso nella seduta Consigliare del .....

**Il Presidente**

\_\_\_\_\_

