

SOCIETÀ COOPERATIVA FARMACEUTICA
Via Passione n° 8 – 20122 M I L A N O
Tel. 02/78.41.41 Fax 02/78.13.08

_____ (Data)

**DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO
PER SUCCESSIONE**

Il/La sottoscritto/a		
Coniugato/a	Nato/a a	Il
Residente a	c.a.p.	Via
Telefono	Nazionalità	
Attività espletata		
Luogo attività	Via	
Telefono		

Chiede di essere

**AMMESSO COME SOCIO
DELLA COOPERATIVA FARMACEUTICA**

per n° _____ azioni obbligandosi al pagamento del certificato azionario, ed alla osservanza delle norme dello Statuto Sociale e di legge. Dichiaro inoltre, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 4 lettera a) Statuto Sociale, di essere in possesso della capacità di agire, di non avere interessi in concorrenza e comunque in contrasto con quelli della Società, di non svolgere attività di intermediario e di non condurre in proprio esercizi commerciali della stessa natura della Cooperativa Farmaceutica o affini.

Firma del richiedente

Amnesso nella seduta Consigliare
Del _____

Il Presidente

Iscritto nel Libro Soci n° _____
Certificato azionario n° _____
Partitario n° _____

per l'Ufficio Soci

SOCIETÀ COOPERATIVA FARMACEUTICA
Via Passione n° 8 – 20122 M I L A N O
Tel. 02/78.41.41 Fax 02/78.13.08

_____ (Data)

DOMANDA DI SUCCESSIONE

Il/La sottoscritto/a _____		
Residente a _____	c.a.p. _____	Via _____
Nella qualità di (1) _____	del _____	defunto (2) _____
Intestatarario di n° _____ azioni di questa Cooperativa, allega i certificati numero:		

DOMAND _____

Che le azioni stesse siano __ (3) _____

per n° _____ azioni al Signor _____

domiciliato a _____

per n° _____ azioni al Signor _____

domiciliato a _____

per n° _____ azioni al Signor _____

domiciliato a _____

Si uniscono i seguenti documenti:

1° Atto di morte rilasciato dal Municipio di _____ in data _____

2° Testamento a rogito Dr. _____ in data _____

3° Atto di notorietà della R.Pretura del Mandamento di _____ in data _____

4° Domanda di ammissione per successione (erede non socio).

P.S.: Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che, ove accolta la domanda, il rimborso avverrà entro la fine dell'anno _____.

Firme: _____

(1) Erede, legatario (2) Cognome, nome e paternità (3) trapassate o rimborsate

Autorizzato il _____ In seduta _____

Data _____

IL PRESIDENTE