

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

_____ data

DOMANDA DI RECESSO

Il/La sottoscritto/a		Part. n°	
Nato/a a	Prov.	Il	
Residente a (Località)		Cap	
Via		Tel.	
Socio di questa Cooperativa per n° azioni,			

chiede di recedere dalla Società

Allega certificati n.

In attesa del controvalore.

Firma

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