

Milano,

D e l e g a

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ c.a.p. _____ Via _____

Socio della Cooperativa Farmaceutica Part. n° _____

delega il/la sig. _____

ad incassare : Ristorni anno _____
Dividendi ced. _____

A ritirare: Certificati azionari n° _____

(firma)