



Apporre il timbro della Farmacia

Il sottoscritto _____ in qualità di legale rappresentante o proprietario della suddetta farmacia/parafarmacia, dichiara di aver venduto a _____ n. _____ confezioni di latte artificiale di cui agli allegati scontrini per il/la figlio/a _____ e per un totale di € _____.

In fede.

timbro e firma

Allegati: n. ____ scontrini

NB: dichiarazione da presentare per acquisti in farmacia/parafarmacia



Spett.le
Fondo Sanitario Integrativo del
Gruppo Intesa Sanpaolo

Io sottoscritto/a, matricola
societàin relazione alla richiesta di contributo
per allattamento artificiale per il/la figlio/a, dichiaro di avere acquistato n.
..... confezioni di latte artificiale di cui agli allegati scontrini per un totale
di €

In fede

.....

*NB: dichiarazione valida solo per scontrini che riportano la descrizione completa
del latte acquistato (in luoghi diversi dalla farmacia/parafarmacia).*