



Siamo interessati a una licenza AllergieCheck.

Farmacia	
Indirizzo	
CAP, Località	
Indirizzo e-mail	
Persona di riferimento	

☐

Siamo interessati, vi preghiamo di mettervi in contatto con noi.

☐

Abbiamo sufficienti informazioni. Vi preghiamo di inviarci il contratto.

☐

Abbiamo già un contratto di licenza AllergieCheck. Vi preghiamo di includere la nostra farmacia nel contratto globale Fortis, in modo da poter beneficiare del vantaggio sui costi.

Data _____ Firma _____