

Il/la sottoscritto/a dott./ssa _____

Numero di iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi _____

e/o

Numero di iscrizione all'Albo degli Odontoiatri _____

Delega

Il/la dott./ssa _____

Al ritiro delle mascherine messe a disposizione dalla FNOMCeO agli Ordini d'Italia presso il punto di distribuzione

Data

Firma
