



Sportello informativo itinerante in farmacia 2018

rivolto alle farmacie della Ulss 8 Berica

(da compilare e restituire via mail ad info@associazione-midori.it entro il 22/09/2018)

Modulo di adesione al progetto

Data ___/___/___

Il/La sottoscritto/a _____ titolare/socio _____

della farmacia _____ in via/piazza _____

comune _____ Cellulare _____

e-mail _____

aderisce

al progetto “**+Rete-Anoressia-Bulimia**” che si chiuderà a marzo 2019:

- esponendo la locandina** che l'associazione invierà completa di tutti i riferimenti all'interno della propria farmacia, oppure tramite diffusione sui propri supporti elettronici
- mettendo** a disposizione uno spazio riservato di **martedì** o di **venerdì**, con orario
 dalle 10:00 alle 12:00 o dalle 17:00 alle 19:00 per lo sportello
- non mettendo** a disposizione alcuno spazio, ma **distribuendo brochure** e materiale informativo proposto dall'associazione
- proponendo** la data del _____ per l'attività (tra il 01/10/18 e fine marzo 2019)
- allegando il logo** della farmacia in formato jpg o vettoriale per la locandina che verrà personalizzata

Per un miglior successo dell'iniziativa, verrà organizzata una serata gratuita di formazione, in collaborazione con alcuni terapeuti del Centro Disturbi Alimentari di Vicenza e di Federfarma che gentilmente metterà a disposizione la sede. Non appena in possesso di tutte le adesioni, vi comunicheremo la data.

timbro e firma per accettazione _____