Remedia

FARMACEUTICA REMEDIA S.A.

FORMULARE SOLICITARE DISTRIBUIRE DIVIDENDE PRIN MANDAT

Pentru actionarii persoane fizice care solicita plata prin FARMACIILE REMEDIA

prin Farmacia _____ **din localitatea** _____

Nume, Prenume **persoana fizica.** _____

CNP

serie CI/BI

Numar

Date de contact

Telefon: ..... Email: .....

Adresa:.....

.....

Documente atasate:

- copie buletin de identitate (BI) sau carte de identitate (CI) sau extras de cont eliberat de Depozitarul Central SA

- alte documente (vezi procedura aplicabila)

.....

.....

DATA COMPLETARII : ZZ LL AN

		/			/				

Nume, Prenume

Semnatura

Se completeaza de farmacie

NR de ordine :

Inregistrat de : _____

Stampila farmaciei