



BOLLINO ROSAVERDE

ENTRA NELLA RETE DI FARMACIE ATTENTE ALLA SALUTE DI GENERE

BANDO 2027-2028

Fac-simile modulo di registrazione 2027-2028

Il Bollino RosaVerde è un'iniziativa rivolta esclusivamente alle **farmacie italiane, pubbliche e private**. Non sono ammesse altre tipologie di esercizi che commercializzano farmaci e parafarmaci (ad esempio parafarmacie o strutture similari).

Per facilitare la compilazione del modulo di registrazione online, alle farmacie già presenti nel nostro database alcuni campi risultano precompilati con i dati attualmente in possesso di Fondazione Onda ETS. Vi invitiamo a verificarli e, se necessario, a correggerli o integrarli con le informazioni aggiornate. Qualora la vostra anagrafica non fosse presente, siete pregati di compilare tutti i campi ex novo.

Si richiede di compilare il modulo in ogni sua parte. I campi contrassegnati da asterisco (*) sono obbligatori.

Dati struttura

Nome farmacia*	
Denominazione eventuale Ente/ Azienda/ Gruppo/ Network di appartenenza	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
E-mail generica* (ATTENZIONE □ questa mail sarà inserita nella scheda della farmacia pubblicata sul sito del Bollino RosaVerde a disposizione dell'utenza, pertanto, si richiede di <u>non</u> inserire un indirizzo PEC)	
Sito WEB (ATTENZIONE □ indicare l'indirizzo del sito web della farmacia completo di https://...)	

Allegare □ un'immagine della facciata esterna della farmacia (non si accettano foto di interni) in formato JPEG (max 5 Mb).

Dati Responsabile farmacia (ATTENZIONE ▯ i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro e devono essere validi per eventuali spedizioni da parte di Fondazione Onda ETS di materiale stampato o altro - es. targa di riconoscimento/vetrofania).

Nome*	
Cognome*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
Altro telefono	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail (es. indirizzo personale del Responsabile della farmacia)	

Dati Referente Bollino RosaVerde (ATTENZIONE ▯ i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro e devono essere validi per eventuali spedizioni da parte di Fondazione Onda ETS di materiale stampato o altro - es. targa di riconoscimento/vetrofania).

Se i dati corrispondono a quelli del Responsabile della Farmacia clicca qui:

☐

Nome*	
Cognome*	
Ruolo*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
Altro telefono	
Cellulare	
E-mail* (<u>ATTENZIONE</u> ▯ importante per la candidatura al Bando e per l'invio di comunicazioni da parte di Fondazione Onda ETS)	
Altra e-mail (es. indirizzo personale del Referente del Bollino RosaVerde della farmacia)	

Dati Referente amministrativo (ATTENZIONE ▯ i contatti inseriti devono riferirsi al luogo di lavoro e saranno utilizzati da Fondazione Onda ETS per eventuali chiarimenti sul pagamento della quota di partecipazione al Bando).

Se i dati corrispondono a quelli del Responsabile della Farmacia clicca qui:

☐

Se i dati corrispondono a quelli del referente del Bollino RosaVerde della Farmacia clicca qui:

☐

Sennò procedi con la compilazione:

Nome*	
Cognome*	
Ruolo*	
Indirizzo*	
CAP*	
Comune*	
Provincia*	
Regione*	
Telefono*	
Altro telefono	
Cellulare	
E-mail*	
Altra e-mail (es. indirizzo personale del Referente Amministrativo della farmacia)	

Indicare se disponibili altri contatti di figure professionali che collaborano con la struttura. Qualora non fossero disponibili altri contatti proseguire senza compilare i campi.

Nome	
Cognome	
Ruolo	
Telefono/cellulare	
E-mail	

Nome	
Cognome	
Ruolo	
Telefono/cellulare	
E-mail	

Indicare la tipologia di farmacia:

- Pubblica** ☐
- Privata** ☐
- Rurale pubblica** ☐
- Rurale privata** ☐

MODALITA' DI PAGAMENTO: il versamento da parte della farmacia del contributo biennale di 300 euro (200 euro se farmacia rurale) come rimborso spese per la gestione del Bando sarà effettuato tramite:

- **donazione** ☐
- **documento giustificativo** ☐

N.B. Fondazione Onda Ets è entrata nel Registro Unico del Terzo Settore. È quindi possibile effettuare una donazione a fronte del pagamento delle spese di adesione al bando, a cui seguirà l'invio da parte di Fondazione Onda ETS di una ricevuta (la donazione è deducibile dal reddito imponibile, nei limiti del 10% dello stesso, ai sensi dell'articolo 83 del d. lgs 117/2017).

Il conto su cui effettuare la donazione è:

IBAN: IT 04 F 03069 09606 100000119551

intestato a: Fondazione Onda Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere ETS

causale: Nome Farmacia – Donazione BRV 27/28

Dati per l'emissione della ricevuta: (si copiano automaticamente da prima tabella di anagrafica/ eventualmente modificabile)

Ragione sociale*	
Indirizzo*	
Comune*	
CAP*	
Provincia*	
P.IVA*	
Codice fiscale*	
E-mail*	

Se ci fossero esigenze contabili particolari la preghiamo di contattare l'ufficio amministrativo di Fondazione Onda ETS al seguente indirizzo email: segreteria@fondazioneonda.it