



CENTRO DE CULTURA E DESPORTO DOS TRABALHADORES DE VILA NOVA DE GAIA
MUNICÍPIO DE VILA NOVA DE GAIA

Exmo. Senhor

Presidente do C.C.D.

ASSUNTO: OPÇÃO DE FARMÁCIA

Eu _____,
com o nº de ordem / Sócio _____, declaro que pretendo beneficiar do **Protocolo estabelecido com a Farmácia**_____.

Mais declaro ter sido informado (a) das condições em que posso beneficiar desta regalia.

Vila Nova de Gaia, ____/____/____

Assinatura_____