Il presente modulo deve essere inviato debitamente compilato (in stampatello leggibile), firmato ed accompagnato dalla copia fronte/retro di un documento d'identità valido del richiedente al numero fax 06-5492 2015

Io sottoscritto,

Nome	
Cognome	
Luogo di nascita	Provincia
Data di nascita	Stato nascita
Codice Fiscale	
Nome utente Sistema Versamento Tariffe di AIFA	

Residenza			
Indirizzo			
Città		Cap	
Domicilio (se diverso dalla residenza)			
Indirizzo			
Città		Cap	

Altri recapiti			
Telefono		Cellulare	
E-Mail			

richiedo il recupero della password di accesso al Sistema Versamento Tariffe dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Autorizzo il trattamento dei dati personali secondo le leggi vigenti in materia ☐

Firma _____

Entro 48 ore dall'invio del fax la password sarà impostata alla data di nascita dell'utente registrato e assumerà il seguente formato di otto numeri: ***ggmmaaaa****.*