

# DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL FARMACO E DELLA SALUTE

**Al Direttore del Dipartimento di Scienze del Farmaco e della Salute**

***AUTORIZZAZIONE PAGAMENTO CON CARTA DI CREDITO PROPRIA O PAGAMENTO CON BONIFICO.***

Il Sottoscritto , nato a il ,

residente a in via , qualifica

,

# CHIEDE

l'autorizzazione al pagamento con carta di credito o bonifico bancario dell'importo previsto

dall'organizzazione del “ partecipazione al .

per la registrazione e la successiva

La spesa graverà sul Fondo di cui è titolare il Prof.

Il **Richiedente**

1l Responsabile del Fondo

*Si autorizza: Il* ***Direttore***