

**Al Ministero della Salute  
Direzione Generale della Sanità animale  
e dei Farmaci veterinari  
Ufficio II  
Via G. Ribotta, 5  
00144 ROMA EUR**

Oggetto : richiesta distribuzione in “modalità alternativa”

Il sottoscritto Cognome..... Nome.....

Nato a... .. il.....

Rappresentante legale della ditta:.....

Codice BDN (qualora già registrato).....

Sede legale: Via... .. Comune... .. Prov .....

Cod. fiscale / partita IVA .....

Tel. ....Fax.....E-mail.....

**CHIEDE**

Che l’azienda sopraindicata sia riconosciuta quale fornitore di mezzi identificativi ministeriali per animali da reddito e di poter operare in **modalità alternativa**.

Data.....

Timbro Firma

.....