

Déclaration de l'activité de vaccination par les pharmaciens d'officine

Je (nous) soussigné(s),

Pharmacien(s) (co)titulaire(s) de l'officine ci-dessous désignée :

[Nom de l'officine] :

[Adresse de l'officine] :

[code postal] : [ville] :

[Numéro de licence de l'officine] : 971.....

Déclare(rons) l'activité de vaccination pour les pharmaciens ci-dessous désignés

[compléter le tableau avec les noms / prénom / N°RPPS des pharmaciens pouvant effectuer la vaccination]

Nom	Prénom	N°RPPS

Nom et prénom du ou des titulaires :

.....

mèl :

téléphone :

Date :

Signature du/des pharmacien(s) titulaire(s)

[vARS971/2019/07]