ATTESTATION SUR L’HONNEUR DE CONFORMITE AU CAHIER DES CHARGES RELATIF AUX CONDITIONS TECHNIQUES A RESPECTER POUR EXERCER L’ACTIVITE DE VACCINATION.

*Document à adresser par mail à l’ARS – pôle sécurité des activités de soins et vigilances*

*ars-ara-securite-soins-vigilances@ars.sante.fr*

Je (nous), soussigné(e)(s)

*[NOM et Prénom du (des) pharmacien(s) titulaire(s) ou gérant]*

atteste (attestons) sur l’honneur que l’activité de vaccination s’exercera au sein de ma (notre) pharmacie sise

*[Adresse, code postal, commune]*

en conformité avec l’arrêté du 23 avril 2019 fixant le cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination et les objectifs pédagogiques de la formation à suivre par les pharmaciens d'officine.

Fait à *[Lieu]*, le [*date]*

Signature(s) du (des) pharmacien(s) titulaire(s) ou gérant :