Déclaration d’une activité de vaccination en pharmacie

en application de l’article R.5125-33-8 du code de la santé publique

*(Document à adresser par mail à l'ARS - pôle sécurité des activités de soins et vigilances :*

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

Nom(s), prénom(s) du (des) titulaire(s) ou gérant(s) de la pharmacie :

Nom commercial de l'officine :

Adresse de l’officine :

courriel de l'officine :

Téléphone de l'officine :

LISTE DES PHARMACIENS EN EXERCICE AU SEIN DE LA PHARMACIE

QUI PEUVENT EFFECTUER DES VACCINATIONS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** | **Identifiant RPPS** | ***Date de la formation******(joindre systématiquement l’attestation)*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Fait à  (lieu), le (date)

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