



## **Pharmacie.....(nom)**

Je soussigné ....., (nom) le pharmacien-titulaire de la pharmacie ouverte au public.....(nom de la pharmacie, adresse, n° matricule de la pharmacie) confirme que Mr/Mme .....(nom), exerçant la fonction de Pharmacien(ne)/ Assistant Pharmaceutico-technique/autre (\*) au sein de cette pharmacie, doit pouvoir se rendre à son travail ou au domicile des patients de la pharmacie qui ne peuvent se déplacer, afin d'assurer la continuité des soins à la population.

Cachet de la pharmacie

Date

Signature

(\*) barrer ce qui n'est pas nécessaire