

ATTESTATION DE CLÔTURE D'UN DOSSIER PHARMACEUTIQUE

Pour :

Nom et prénoms du (de la) patient(e) :

Né(e) le :

Adresse :

.....

Je, soussigné(e) :

Pharmacie :

.....

déclare que :

1) A la demande de la personne désignée ci-dessus⁽¹⁾, j'ai clos ce jour le Dossier pharmaceutique établi à son nom.

2) Cette opération a été effectuée immédiatement par l'hébergeur de ce Dossier, Santeos SA. Elle entraîne l'effacement total et définitif de toutes les données contenues dans le Dossier.

3) La personne conserve le droit, si elle le souhaite, de demander la création d'un nouveau Dossier pharmaceutique.

4) Je lui ai remis un exemplaire de la présente attestation.

En cochant la case ci-après, je certifie l'exactitude de cette déclaration

Fait à :

Le (date) :

⁽¹⁾ ou, pour un mineur âgé de moins de 16 ans ou majeur sous tutelle, à son représentant légal, qui a justifié de son identité :

Nom et prénoms du représentant légal :

Qualité (père, mère, tuteur) :

Adresse, si elle est différente de celle du (de la) patient(e) :

.....