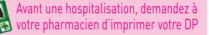
J'ai un Dossier Pharmaceutique!



Cette carte garantit que je dispose d'un dossier pharmaceutique (DP)*



* Vous pouvez à tout moment demander la fermeture de votre DP, ou refuser d'y faire figurer certains médicaments.

Mes professionnels de santé

NOM / Tél :

NOM / Tél :	
NOM / Tél :	

NOM / Tél : NOM / Tél :













