

ATTESTATION DE CONFORMITE AU CAHIER DES CHARGES – EXPERIMENTATION VACCINATION

Nom du pharmacien :
Adresse :
N°RPPS :
Adresse mail :
N° téléphone :

Je suis un pharmacien : titulaire adjoint

Je soussigné atteste par la présente être conforme au cahier des charges, définit par le décret n°2017-985 du 10 mai 2017, pour prendre part à l'expérimentation de la vaccination contre la grippe saisonnière.

Je dispose ainsi :

- ✓ Des **locaux** ainsi que des **équipements** adaptés,
- ✓ Du **matériel nécessaire pour l'injection du vaccin**,
- ✓ D'une **trousse de première urgence**,
- ✓ **L'élimination des déchets** d'activité de soins à risque infectieux produit dans le cadre de la vaccination est organisée,
- ✓ **De vaccins** contre la grippe saisonnière en quantité suffisante.

Je m'engage à :

- ✓ Respecter le **Résumé des Caractéristiques du Produit** des vaccins administrés,
- ✓ S'assurer de **l'éligibilité des patients** à la vaccination.

Fait à, le /..... /.....

Signature :

/ !/ Rappel :

N'oubliez pas de renvoyer scannés à l'adresse suivante (ars-na-pharmabio@ars.sante.fr) :

- *le document attestant la validation de formation*
- *et l'attestation de conformité au cahier des charges (ce document)*