|  |
| --- |
| Déclaration d’une activité de vaccination en pharmacieen application de l’article R.5125-33-8 du code de la santé publiqueATTESTATION SUR L’HONNEUR DE CONFORMITE AU CAHIER DES CHARGES  |

**Si un seul pharmacien titulaire ou gérant :**

Je, soussigné(e)(s) [NOM et Prénom] atteste sur l’honneur que l’activité de vaccination s’exercera au sein de ma pharmacie en conformité avec le cahier des charges, relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer cette activité, fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Si plusieurs pharmaciens co-titulaires ou co-gérants :**

Nous, soussigné(e)s [NOM et Prénom] et [NOM et Prénom], attestons sur notre honneur que l’activité de vaccination s’exercera au sein de notre pharmacie en conformité avec le cahier des charges, relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer cette activité, fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Fait à  [Commune], le [date]

Signature de tous les pharmaciens titulaires ou gérants :

*cachet*