

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Nom du pharmacien N° RPPS

Adresse pharmacie

.....

Initiales du patient

Je, soussigné, M., déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article 441-7 du code pénal, réprimant l'établissement d'attestation faisant état de faits matériellement inexacts, ci-après rappelées :

“Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts”.

(Cette phrase doit être écrite, ci-dessous, entièrement de votre main)

.....
.....
.....

Prestataire concerné (si possible)

Matériel concerné

Prescripteur/service hospitalier/établissement de santé

Date des agissements relatés

Compte rendu circonstancié

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à

Le

Signature

P.J. : copie d'un document officiel justifiant de l'identité du rédacteur et comportant sa signature.