# 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.