

Charte d'engagement

Programme d'accompagnement du sevrage tabagique à l'officine

Je soussigné(e) :

Accepte :

1/de participer au Programme d'accompagnement du sevrage tabagique à l'officine dans le cadre du projet URPS Pharmaciens PACA .

2/que mon nom et celui de ma pharmacie apparaissent sur le site de l'URPS Pharmaciens PACA

3/ de réaliser un entretien socle en présentiel et 3 autres en suivi téléphonique ou visio par patient.

Tampon + nom pharmacien(s) titulaire(s)

Fait à

Signature du pharmacien

Mail :

Tel portable :

Nombre de dossiers patients : x 50 euros =