

**Fiche de participation**

**PHARM’OBSERVANCE-SEVRAGE TABAGIQUE**

Je soussigné(e),

* J’accepte  de participer au programme Pharm’Observance-Sevrage Tabagique conformément aux méthodes et techniques d’accompagnement du patient présentées dans le guide mis à ma disposition dans le cadre du programme pharm’observance PACA, coordonné par le Dr Félicia Ferrera au sein de l’URPS pharmaciens PACA
* Je suis d’accord pour que mon nom et celui de ma pharmacie apparaisse sur le site URPS pharmaciens PACA dans la liste des pharmacies participantes
* Je m’engage à suivre le patient en réalisant un entretien socle et 3 entretiens de suivi, par téléphone, en présentiel ou distanciel

En contrepartie du renvoi de la fiche ci-dessus dument remplie, je percevrai une rémunération de 50 euros par patient

Fait à

Le

Signature et tampon de la Pharmacie

|  |
| --- |
| Renseignements Obligatoires : |
| Mail de la pharmacie : |
| Téléphone portable |
| Nombre de dossiers renvoyés ce jour :  Montant à régler : X 50 euros = euros |