



## 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