La charte d'engagement
Pharm'HTA

Je soussigné.e, Docteur

Nom :
Prénom :
Mail :
Portable personnel :
RPPS :
ADELI :

Titulaire de la Pharmacie :
Adjoint de la Pharmacie :
Nom :
Adresse :
Tel :
Mail :

Atteste

- Avoir reçu la formation requise pour participer aux expérimentations,
- Tenir à disposition de l'évaluateur toutes les informations qui lui seront nécessaires,
- Procéder selon la méthode déployée par l'URPS
- Ne pas appliquer les dispositifs expérimentaux Pharm'HTA, Pharm'OBS dans le cas de patients éligibles au Bilan Partagé de Médication et autres entretiens conventionnels.

Fait à

Le

Signature

Pour la Pharmacie

Pour l'URPS