

**ATTESTATION DE PARTICIPATION
A LA PERMANENCE PHARMACEUTIQUE DES SOINS
VERSEMENT DES INDEMNITES D'ASTREINTES ***

Caisse primaire de rattachement :

Mois et année de référence :

Secteur de garde n° :

Pharmacie participante

Nom et prénom du ou des titulaire(s) :

Dénomination sociale et adresse de l'officine :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

N° d'identification du ou des pharmacien(s) titulaire(s) participant :

Astreintes effectuées

Nombre de nuits :

Indiquer la date dans la case correspondante :

1 ^{ère} sem							
2 ^{ème} sem							
3 ^{ème} sem							
4 ^{ème} sem							
5 ^{ème} sem							

Nombre de dimanches et de jours fériés :

Indiquer la date dans la case correspondante :

1 ^{ère} sem							
2 ^{ème} sem							
3 ^{ème} sem							
4 ^{ème} sem							
5 ^{ème} sem							

Demande d'indemnisation

Je soussigné (e), Mme, Melle, M. déclare
avoir participé à la permanence pharmaceutique aux dates mentionnées ci-dessus et ouvrant droit au
versement d'une indemnité d'un montant de 150 € (à compter du 7 novembre 2012)
pour chaque astreinte, soit la somme totale de : €.

Fait à

Signature

, le

Cachet de l'officine

* A retourner à la :

CPAM - DR / SAPS

78085 Yvelines cedex 9