

FORMULAIRE DE REGISTRE DE SIGNATURE ET D'ACCEPTATION DES RÈGLES D'ÉMISSION ET DE GESTION DES ORDONNANCES

NOM DU PRESCRIPTEUR :

PRÉNOM DU PRESCRIPTEUR :

NUMÉRO DE PERMIS :

COURRIEL :

**JE CONFIRME AVOIR PRIS CONNNAISSANCE DES RÈGLES D'ÉMISSION ET DE GESTION
DES ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES ET JE CONSENS À LES RESPECTER.**

INITIALES : _____

SIGNATURE : _____

DATE: _____