

**AUTHENTIFICATION DE LA SIGNATURE  
D'UN MEDECIN PRESCRIPTEUR**

**Document à compléter et à retourner dans les meilleurs délais  
à la direction des Affaires Médicales**

**Merci de remplir ce formulaire en lettres MAJUSCULES et au stylo à bille NOIR.**

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**QUALITE :**

- PU-PH Chef de service
- PU-PH
- MCU-PH Chef de service
- MCU-PH
- Chef de Clinique – Assistant des Hôpitaux
- PH Chef de service
- PH
- PH Temps partiel
- Praticien Adjoint Contractuel
- Praticien Contractuel
- Assistant
- Praticien Attaché
- Interne

**SERVICE :** .....

**SIGNATURE et PARAF :**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Les destinataires des données sont les services de la pharmacie. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service des Affaires médicales. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.