



**ATTESTATION MENSUELLE DE PARTICIPATION À
LA PERMANENCE PHARMACEUTIQUE DES SOINS**

VERSEMENT DES INDEMNITÉS D'ASTREINTES

**GARDES NON PRISES
EN CHARGE PAR PGARDE**

Mois

--	--

Année

2	0		
---	---	--	--

Document à envoyer rempli, daté, signé, **sans rature ni surcharge**, avant le 15 du mois suivant, à la

CPAM 13 - 13421 Marseille cedex 20

Pharmacie participante

Nom, prénom du ou des pharmaciens titulaires : _____

Dénomination sociale de l'officine : _____

Adresse de l'officine : _____

Code Postal

--	--	--	--	--

Ville :

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail :

N° d'identification

1	3	2							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

N° de secteur

--	--	--

ASTREINTES MENSUELLES EFFECTUÉES

Jours calendaires de réalisation des astreintes (cocher chaque case concernée)

Jours Périodes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Nuit GPN																																
Dimanche GPD																																
Férié GPF																																

Demande d'indemnisation (rédaction manuscrite)

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle, _____, déclare avoir participé à la permanence pharmaceutique des soins, aux dates mentionnées ci-dessus, ouvrant droit au versement d'une indemnité d'un montant de 150 euros pour chaque astreinte, soit la somme totale de : _____ euros.

Fait à _____, le _____

Signature

Cachet de l'officine

--

N.B. : le règlement sera effectué sur les coordonnées bancaires de l'officine