

## PHARMACIE D'OFFICINE

### Fonds Haut Degré de Solidarité (HDS)

#### Dispositif Prévention collective vaccination antigrippale A l'attention du pharmacien titulaire de la pharmacie d'officine

##### COMMENT BENEFICIER DU REMBOURSEMENT DE LA VACCINATION ANTI-GRIPPALE DE VOS SALAIRES DANS LE CADRE DU DISPOSITIF PREVENTION COLLECTIVE ?

Merci de remplir le formulaire (ci-après) et de l'envoyer, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire de l'Officine à l'adresse suivante :

**Apgis Solidarité**  
**A l'attention du Médecin conseil**  
**12 rue Massue**  
**94684 Vincennes cedex**

Si vous remplissez les critères d'éligibilité\*, le paiement sera effectué par **virement** à l'attention du pharmacien titulaire de l'officine.

En cas de refus, vous serez informé par courrier ou mail.

Pour toute information, vous pouvez nous contacter au **01.49.57.45.30** ou par mail à l'adresse suivante : [\*\*hds@apgis.com\*\*](mailto:hds@apgis.com).

**\* Pour bénéficier du remboursement de la vaccination anti-grippale de vos salariés au titre du Dispositif Prévention collective, vous devez être à jour de vos cotisations HDS auprès de l'APGIS.**

**MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN MAJUSCULE. TOUT FORMULAIRE PARTIELLEMENT REMPLI RETARDERA LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE D'OUVERTURE DE DROITS AU DISPOSITIF PREVENTION COLLECTIVE – VACCINATION ANTI-GRIPPALE.**

<sup>1</sup> Le Règlement du fonds HDS de la Pharmacie d'Officine peut être consulté sur le site internet de l'Apgis ou vous être adressé sur demande par mail à l'adresse courriel suivante : [\*\*hds@apgis.com\*\*](mailto:hds@apgis.com)



J'atteste sur l'honneur ne pas avoir demandé **la prise en charge du vaccin antigrippal et de l'acte de vaccination au titre d'un autre dispositif de prise en charge auprès de l'APGIS ou de tout autre organisme**, que ma demande ne contient pas d'information fautive, trompeuse ou incomplète. Je comprends que si cette demande s'avère être en partie ou totalement frauduleuse, je serai passible de poursuites.

### 3. PROTECTION DES DONNEES

Les données personnelles confiées par vos salariés sont destinées à l'APGIS, responsable des traitements qui met en œuvre des dispositifs permettant d'en préserver la confidentialité. Ces données ne seront jamais utilisées à des fins de prospection ou d'inscription à des listes de diffusion, ni vendues à des tiers à des fins de démarchage.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies seront conservées le temps nécessaire à la gestion et l'analyse de ma demande d'aide et jusqu'à ce que les délais de fourniture des justificatifs soient dépassés.

Je dispose d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification, d'effacement, d'opposition de limitation et de portabilité, en m'adressant à :

APGIS – Service Informatique et Libertés TSA 20303 94685 Vincennes Cedex.

Sans préjudice de tout autre recours administratif ou juridictionnel, vous disposez par ailleurs de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

**Date et Signature du  
bénéficiaire ou de son  
représentant légal,  
précédées de la mention « lu  
et approuvé » :**

**RECAPITULATIF DES PIECES A JOINDRE A LA PRESENTE DECLARATION SIGNEE, DATEE ET PRECEDEE DE LA MENTION « LU ET APPROUVE » :**

**POUR LE PHARMACIEN TITULAIRE DE L'OFFICINE**

Relevé d'Identité Bancaire de l'Officine.

*Il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies.*