



ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE CONFORMITE AU CAHIER DES CHARGES  
RELATIF AUX CONDITIONS TECHNIQUES A RESPECTER POUR EXERCER  
L'ACTIVITE DE VACCINATION DANS LES OFFICINES

**Nom et prénom du pharmacien titulaire déclarant :**

.....  
.....

**N° RPPS du pharmacien titulaire :**

.....

**Dénomination de l'officine :**

.....

**Adresse de l'officine :**

.....

**Code postal :** ..... **Commune :** .....

**Courriel :**

.....

**Téléphone :**

.....

J'atteste par la présente que les conditions de vaccination au sein de mon officine sont conformes aux dispositions de l'arrêté du 23 avril 2019 fixant le cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination et les objectifs pédagogiques de la formation à suivre par les pharmaciens d'officine, concernant :

- Les locaux adaptés comprenant un espace de confidentialité clos pour mener l'entretien préalable, accessibles depuis l'espace client, sans accès possible aux médicaments,

- Les équipements adaptés comportant une table ou un bureau, des chaises et/ou fauteuil pour installer la personne pour l'injection,
- Un point d'eau pour le lavage des mains ou une solution hydro-alcoolique,
- Une enceinte réfrigérée pour le stockage des vaccins,
- Le matériel nécessaire pour l'injection du vaccin et une trousse de première urgence,
- L'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux produits dans le cadre de cette activité conformément à l'article R.1335-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

**Je m'engage à :**

- Indiquer la liste des pharmaciens exerçant dans l'officine et pouvant effectuer la vaccination avec leur numéro RPPS et joindre l'attestation de formation délivrée par l'organisme pour chacun d'entre eux.
- Déclarer toute modification qui concerne l'officine ou les pharmaciens effectuant la vaccination.

**Fait à ....., le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_**

**Signature du pharmacien titulaire.**