

AVIS D'ABSENCE DU PHARMACIEN TITULAIRE

Le:/...../.....

M./Mme :

Pharmacie :

Adresse :

A l'attention de
Monsieur Le Directeur Général
de l'Agence Marocaine du Médicament et des Produits de Santé

OBJET : Avis d'absence

Monsieur le Directeur Général,

J'ai l'honneur de vous informer que je serai absent(e) de mon officine du /..... /..... au / /.....

Conformément aux dispositions de la **loi n° 17-04 portant Code du médicament et de la pharmacie**,

cette absence étant d'une durée inférieure à un mois, mon confrère (ma consœur) :

Nom et prénom :

Titulaire de la pharmacie :

Adresse de la pharmacie :

assurera mon remplacement durant cette période.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma haute considération.

Signature du pharmacien titulaire

Nom et prénom & cachet :

.....

VISA D'ACCEPTATION DU PHARMACIEN REMPLAÇANT

Je soussigné(e),

Nom et prénom :

Titulaire de la pharmacie :

Certifie accepter d'assurer le remplacement du pharmacien susmentionné pendant la période indiquée.

Signature du pharmacien remplaçant

Nom, prénom & cachet :

.....

Le:/...../.....