

## Information à compléter pour nouveau pharmacien(ne) prescripteur en pharmacie communautaire

### Identification du pharmacien

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de permis de l'ordre (no de membre) : \_\_\_\_\_

### Lieu de travail principal

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de fax si disponible : \_\_\_\_\_

### Vous désirez vos résultats par :

\*Désigner une seule méthode de réception\*

Par la poste

Par Fax

### Si l'adresse de réception des résultats est différente du lieu de travail principal :

\*Désigner seulement une adresse de réception\*

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Merci de retourner le formulaire à l'adresse courriel suivante :

**crsp.dsp.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca**