



**URPS**  
PHARMACIENS  
Normandie

## **Attestation de participation à l'enquête régionale sur les médicaments rapportés à l'officine**

Je soussigné(e) (Nom Prénom) .....  
..... n° RPPS : .....  
exerçant à la pharmacie (adresse postale de l'officine) .....

.....  
atteste, par la présente, avoir participé à l'enquête régionale 2025 sur les médicaments rapportés à l'officine et sollicite le versement de l'indemnité forfaitaire de 400€ TTC par chèque, envoyé par voie postale, prévue dans le cadre de l'étude.

Fait à ....., le .....

Signature