



Direction générale de la santé

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00

pharmacien.cantonal@vd.ch

www.vd.ch/dgs

PHARMACIEN

Déclaration de responsabilité

Le/la pharmacien·ne soussigné·e (nom/prénom):

Responsable de la pharmacie (raison sociale et adresse de la pharmacie):

Dès le _____ déclare avoir pris connaissance des dispositions légales le/la concernant.

Horaire de travail du/de la pharmacien·ne responsable			Horaire d'ouverture de la pharmacie		
	Matin	Après-midi		Matin	Après-midi
Lundi			Lundi		
Mardi			Mardi		
Mercredi			Mercredi		
Jeudi			Jeudi		
Vendredi			Vendredi		
Samedi			Samedi		

Le/la pharmacien·ne responsable soussigné·e atteste continuer à fabriquer et/ou à mettre sur le marché les mêmes médicaments que son/sa prédécesseur·e et en assume la responsabilité:

oui

non

Si la réponse est non, prière de demander au pharmacien cantonal les formulaires ad hoc pour modifier les autorisations et/ou de préciser ci-après les changements intervenus (pas de fabrication, fabrication en sous-traitance, pas de formules propres etc.)

Lieu et date:

Timbre et signature du pharmacien responsable:

Timbre de la pharmacie