



**Service de la santé publique
du Canton de Vaud**

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

T +41 21 316 18 18
F +41 21 316 42 72
pharmacien.cantonal@vd.ch
www.vd.ch/ssp

DROGUISTE

Déclaration de responsabilité

Le droguiste soussigné (nom/prénom) :

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

dès le _____ déclare avoir pris connaissance des dispositions légales
le (la) concernant et notamment de celles rappelées dans la circulaire réf. 456.G.2 de février 2012 ci-jointe.

Horaire de travail du droguiste responsable			Horaire d'ouverture de la droguerie		
	Matin	Après-midi		Matin	Après-midi
Lundi			Lundi		
Mardi			Mardi		
Mercredi			Mercredi		
Jeudi			Jeudi		
Vendredi			Vendredi		
Samedi			Samedi		

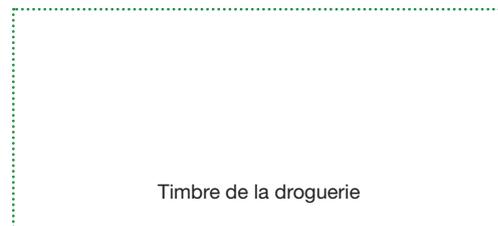
Le droguiste responsable soussigné atteste continuer à fabriquer et/ou à mettre sur le marché les mêmes médicaments que son prédécesseur et en assume la responsabilité :

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 droguiste responsable :



Timbre de la droguerie