

SPECIMEN DE SIGNATURE

Dans l'exercice de leur profession, médecins et psychologies-psychothérapeutes sont fréquemment appelés à délivrer des déclarations et des certificats médicaux ou médico-légaux, comme la loi les y autorise. Une partie de ces documents doivent être authentifiés par la Direction générale de la santé, le cas échéant par la Chancellerie d'Etat.

D'autre part, en vertu des dispositions fédérales et cantonales sur les stupéfiants, la Direction générale de la santé est tenue d'exercer un contrôle du mouvement de ces produits et notamment des ordonnances y relatives.

Afin de nous permettre d'identifier sans difficultés les signatures apposées sur de tels documents, nous vous prions de bien vouloir compléter, dater et signer ce formulaire d'authentification.

SPECIMEN DE SIGNATURE

| Nom et prénom : | | |
|--|--------------------------|------------------------|
| Date de naissance : | | |
| Autorisation (entourer ce qui convient): à titre indépendant / à titre dépendant | | |
| Adresse professionnelle VD : | <u>Téléphone prof.</u> : | Date de commencement : |
| Adresse privée : | <u>Téléphone privé</u> : | <u>E-mail</u> : |
| Autesse privee . | Telephone prive . | <u>L-111411</u> - |
| | | |
| | | |
| Date : | Signature (manuscrite) | |