



ETABLISSEMENT PUBLIC COMMUNAL D'ACCUEIL DE  
PERSONNES AGEES DE LA VILLE DE DIJON  
44 Boulevard de l'Université  
21000 DIJON



## ANNEXE 8 : Attestation de Pharmacie

### Demande de prestation pharmaceutique du résident

Je, soussigné(e) Madame, Monsieur ....., résidant dans l'établissement ou son représentant légal,

Déclare avoir été informé(e) de l'engagement de l'EPCAPA dans une démarche conventionnelle de qualité et de traçabilité du circuit du médicament,

Demande la dispensation de mes médicaments et produits de santé par un pharmacien d'officine engagé par convention à ces objectifs de qualité, de sécurité de sa prestation,

Demande la préparation, la conservation et la gestion nominative de mes médicaments à préparer par et au sein de cette officine,

Demande la préparation de mes médicaments en pilulier nominatif tracé afin d'en faciliter l'administration,

Demande la destruction des médicaments que je n'aurais pas utilisés selon les procédures assurant la traçabilité de la destruction et la protection de l'environnement,

Autorise le traitement des données me concernant à partir des serveurs sécurisés.

Déclare retenir la pharmacie.....comme prestataire.

**Le patient ou son représentant demandant ce service gracieux au sein de notre établissement ne renonce pas à son droit fondamental et permanent au libre choix de son pharmacien dispensateur.**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, la personne résidente ou son représentant légal bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant.

Dijon le .....

Signature