

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE CONFORMITE AU CAHIER DES
CHARGES RELATIF AUX CONDITIONS TECHNIQUES A RESPECTER POUR
EXERCER L'ACTIVITE DE VACCINATION**

Nom du ou des pharmacien(s) titulaire(s) :

N° RPPS :

Adresse de l'officine de pharmacie :

Je soussigné,, atteste sur l'honneur être conforme au cahier des charges relatif aux conditions techniques à respecter pour exercer l'activité de vaccination dont le contenu est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé (arrêté du 23 avril 2019).

Je dispose ainsi :

- de locaux adaptés pour assurer la vaccination comprenant un espace de confidentialité clos pour mener l'entretien préalable, accessible depuis l'espace client, sans accès possible aux médicaments ;
- d'équipements adaptés comportant une table ou un bureau, des chaises et/ou un fauteuil pour installer la personne pour l'injection ;
- d'un point d'eau pour le lavage des mains ou de solution hydro-alcoolique ;
- d'une enceinte réfrigérée pour le stockage des vaccins ;
- de matériel nécessaire pour l'injection du vaccin ;
- d'une trousse de première urgence.

J'élimine ainsi les déchets d'activité de soins à risque infectieux produits dans ce cadre, conformément aux dispositions des articles R 1335-1 et suivants du code de la santé publique.

Fait le

Signature (s)