



Département de la santé, des affaires sociales et de la culture
Service de la santé publique
Office du médecin cantonal

Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur
Dienststelle für Gesundheitswesen
Kantonsarztamt

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

Formulaire de demande d'autorisation à vacciner contre la grippe en pharmacie

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom de la pharmacie :

Adresse :

.....

NPA – Lieu :

N° tél. :

Adresse courriel :

-
- Je certifie être autorisé à pratiquer en tant que pharmacien dans le canton du Valais
 - Je certifie disposer du certificat de formation complémentaire FPH en vaccination et prélèvements sanguins et avoir accompli, le cas échéant, la formation continue exigée (joindre une copie des documents)
 - Je dispose d'un local et d'une installation appropriés avec isolation phonique et optique et respectant de strictes conditions d'hygiène
 - Je dispose d'une assurance responsabilité civile professionnelle adaptée à leur pratique et couvrant ce risque
-

Formulaire à retourner à l'adresse :

*Service de la santé publique
Office du médecin cantonal
Av. de la Gare 23
1951 Sion
santepublique@admin.vs.ch*

