ATTESTATION / TEMOIGNAGE
AUTORISATION DE DIFFUSION

A l'arrière de cette feuille placez la copie recto verso de votre carte d'identité

JE SOUSSIGNÉ(E)

NOM :
Prénoms ;
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Adresse :
Profession :
Numéro de téléphone pour vous joindre :
Adresse courriel :
Rapport avec le médicament baclofène (utilisateur, proche d'utilisateur, prescripteur, délivrant) :

CERTIFIE L'EXACTITUDE DES FAITS ET EXPERIENCES SUIVANTS CONCERNANT LE BACLOFENE POUR EN AVOIR ÉTÉ LE TÉMOIN DIRECT :

Je suis avisé(e) que cette attestation ou ce témoignage a été établie en vue de sa production en justice et j'ai connaissance qu'une fausse attestation de ma part m'expose à des sanctions pénales.

Date

SIGNATURE