

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Merci de nous envoyer cette attestation tamponnée et scannée à contact@baclohelp.org avec si possible une copie d'une ordonnance d'un de vos patients où figure le détail des remboursements imprimé par la pharmacie (ou un relevé de remboursement imprimé par la pharmacie).

Les informations confidentielles peuvent être noircies.

Je soussigné(e)

NOM :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Profession :

Numéro de téléphone pour vous joindre :

Adresse courriel :

certifie prescrire du baclofène à des doses supérieures à 80 mg par jour à mon patient, dans le cadre de la RTU BACLOFENE (préciser si possible la dose : ____ mg par jour).

Cocher la ou les cases qui conviennent en complétant si besoin :

- [...] Mon ou mes patients sont remboursés à 100% par l'Assurance maladie.
- [...] Mon ou mes patients sont remboursés et leur complémentaire santé.
- [...] Mon ou mes patients sont remboursés à hauteur de ____ euros par mois sur un total de ____ euros par mois (environ).

Je suis avisé(e) que cette attestation 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 :

Tampon et signature