

# Médicaments.

---

Je soussigné(e),.....

domicilié(e) à.....

déclare donner procuration pour l'enlèvement de

médicaments prescrits en mon nom à.....

domicilié(e) à.....

Fait à ..... en un exemplaire.

Le .....

Signature

---

## Ma liste

.....

.....

.....

.....

.....

## Mon médecin



Docteur .....



Adresse .....



Téléphone .....

.....

---

**Helpify.**  
community

