



Office cantonal de la santé
Service de la pharmacienne cantonale
Rue Adrien-Lachenal 8
1207 Genève

Formulaire – signature pour la validation de la demande e-démarche

Numéro AEL de la demande :

Nom de l'institution de santé :

Type de demande :

BPF AMM Formule propre Vaccination VPC

Analyses médicales Stupéfiants Stockage du sang

Responsable de l'institution* :

Coresponsable (*si applicable*) :

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Profession :

Profession :

Le (ou les) soussigné(s) certifie(ent) avoir déposé la demande AEL susmentionnée.

Il (ils) certifie(ent) avoir pris connaissances des conditions générales, et s'engage(ent) à les respecter en attestant que les données transmises sont véridiques et complètes.

Lieu, date :

Signature du responsable :

Signature du coresponsable :
(*si applicable*)

* pour les stupéfiants : indiquer le nom du responsable de l'activité