

**A Monsieur le Directeur Général de  
l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie**

Objet : Déclaration de non adhésion à la convention nationale conclue entre les Organismes Gestionnaires de l'AMO et les pharmaciens d'officine.

Je, soussigné(e),

Nom et prénom du pharmacien :

INPE du pharmacien :

Adresse :

Ville :

déclare, ne pas adhérer à la convention nationale conclue entre les Organismes Gestionnaires de l'Assurance Maladie Obligatoire et les pharmaciens d'officine ».

Fait à :

Le : / /

**Signature du pharmacien et cachet de la pharmacie d'officine :**