

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné

Titulaire de la CIN

Résidant à :

**Déclare sur l'honneur que je ne suis ni propriétaire ni copropriétaire d'une
officine autre que celle sise au**

N° d'autorisation du

Et que je n'exerce aucune autre activité pharmaceutique.

Fait à :

FAIT A :