

Le...../...../.....

M/Mme:  
Pharmacie:  
Adresse:

A

Monsieur le Ministre de la Santé  
Direction du Médicament et de la Pharmacie  
Inspection de la Pharmacie

**OBJET:** Avis d'absence

Monsieur le Ministre;

J'ai l'honneur de vous informer que je serai absent de mon officine du .....  
au .....

Conformément à la loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie publiée le  
7 décembre 2006 sous le numéro : 5480, cette absence étant de moins d'un mois, mon  
confrère M (ma consœur Mme).....  
titulaire de la pharmacie.....à .....  
Assurera mon remplacement.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de mon profond respect.

Signé:

Vu pour acceptation du remplacement.

M (Mme)

Signé: