ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

301-266 RUE NOTRE-DAME OUEST

MONTREAL, QC H2Y 1T6

OBJET :Autorisation de transfert d’information pour d’inspection pour

 de dossier :

Je, , autorise le transfert des documents relatifs à l’inspection au nouveau pharmacien responsable du dossier (cocher les documents pour lesquels vous consentez au transfert) :

 [ ]  d’inspection ;

 [ ]  du comité d’inspection professionnelle (CIP) ;

 [ ]  Actions de correction des lacunes ;

 [ ]  Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Date de retour du formulaire signé : sur réception**

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_