



## ANNEXE 6 : Préparation des médicaments et transmission des données

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, résident(e) de l'EHPAD MARIE RIVIER,

Représenté(e) par Madame/Monsieur \_\_\_\_\_,

Son référent ou son représentant légal (barrer la mention inutile)

### Dispensation des médicaments :

- Accepte la dispensation de ses médicaments par la pharmacie conventionnée avec l'établissement : la Pharmacie Principale de Pont-Saint-Esprit, représentée par son pharmacien, M. Luc PARDON,
- Sous forme de boîtes, afin que je puisse gérer mon traitement seule
- Sous forme de doses ensachées préparées par le pharmacien
- Refuse d'être fournie par la Pharmacie Principale de Pont-Saint-Esprit, et je m'engage à gérer mon traitement médicamenteux de façon autonome, avec pour fournisseur la Pharmacie suivante :

.....

.....

### Stockage des médicaments :

- Accepte le stockage de mes médicaments dans l'espace dédié à cet effet au sein de l'établissement.
- Refuse le stockage de mes médicaments dans l'espace dédié à cet effet au sein de l'établissement.

### Autorisation de transmission des données

Autorise que mes données personnelles (nom, adresse postale, adresse électronique, numéro de téléphone) seront communiquées uniquement à la pharmacie partenaire, afin de vous envoyer les facturations.

L'article 8, paragraphe 1, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après dénommée « Charte ») et l'article 16, paragraphe 1, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne disposent que toute personne a droit à la protection des données à caractère personnel la concernant.

Fait à Bourg-Saint-Andéol, le .....

<b>Pour l'établissement</b>	<b>Le Résident</b> Précédé de la mention « Lu et Approuvé »
-----------------------------	--